



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI**

**Sónia Catarina dos Reis Gonçalves**

**Orientação: Professor Doutor Jorge Almeida**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Estágio**

**Portalegre, 2020**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do  
cuidador informal do doente em ECCI**

**Sónia Catarina dos Reis Gonçalves**

**Orientação: Professor Doutor Jorge Almeida**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Estágio**

**Portalegre, 2020**

## **Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI**

**Sónia Catarina dos Reis Gonçalves**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

**Arguente:** Professor Doutor Manuel José Lopes

**Orientador:** Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Data: 29-07-2020

## AGRADECIMENTOS

O meu obrigada,

Ao meu marido Fred pela paciência, compreensão e ajuda constantes. Pelo reforço na noção de simplificar o que parece complicado.

Aos meus filhos, Inês e Francisco, por me mostrarem que juntos somos mais fortes e me ajudarem a acreditar que podemos sempre ir mais além. Pelos muitos mimos dados e por outros tantos...É um verdadeiro privilégio ser vossa mãe.

À minha amiga Rita N., pela loucura da partilha desta viagem e das viagens, pelo incentivo e motivação em todos os momentos, pela tranquilidade e confiança, pelas reflexões e aprendizagens, mas principalmente pelos risos e gargalhadas.

Aos meus amigos e colegas pela presença e motivação.

Ao Professor Jorge Almeida pela tranquilidade e estímulo durante o percurso.

Às EESMP pela orientação, pela disponibilidade e aprendizagem proporcionada.



## RESUMO

A pessoa, ao longo da sua vida, depara-se com variados desafios cuja resolução se prende com as capacidades de adaptação.

O EESMP deve desenvolver intervenções que contribuam para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. Este profissional de saúde deve desenvolver a capacidade de avaliação da funcionalidade da pessoa, fazendo um juízo adequado que possibilite a identificação das necessidades de intervenção, referência ou consultadoria com outros profissionais de saúde.

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo refletir acerca das intervenções terapêuticas do EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal, assim como descrever de forma reflexiva a aquisição de competências durante o percurso de Mestrado. Serão mobilizados os contributos do Modelo de Sistemas de Neuman, adotando uma visão holística e multidimensional da família.

Para a execução deste relatório recorreu-se à metodologia de projeto, efetuando-se uma revisão integrativa de literatura, objetivando encontrar evidência científica que fundamentasse a elaboração de uma proposta de intervenção junto dos cuidadores informais.

**Palavras-Chave:** enf\* saúde mental, cuidador informal, pessoa dependente.

## ABSTRACT

The person, throughout his life, is faced with several challenges whose resolution is related to the adaptation capacities.

The EESMP should develop interventions that contribute to the “adequacy of the responses of the sick person and family to the specific problems related to mental illness (...), with the objective of preventing the situation from worsening and the social disinsertion of the sick person, and promoting recovery and quality of life for the whole family. This health professional must develop the ability to assess the person's functionality, making an appropriate judgment that makes it possible to identify the needs for intervention, referral or consultation with other health professionals.

This Internship Report aims to reflect on the therapeutic interventions of the EESMP that promote the mental health of the informal caregiver, as well as to describe in a reflexive way the acquisition of skills during the Master's course. The contributions of the Neuman Systems Model will be mobilized, adopting a holistic and multidimensional view of the family.

For the execution of this report, the project methodology was used, carrying out an integrative literature review, aiming to find scientific evidence to support the elaboration of an intervention proposal with informal caregivers.

**Keywords:** nurs\* mental health, informal caregiver, dependent person.

## ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES.....	CXXXVIII
Apêndice Nº 1- Estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura.....	CXXXIX
Apêndice Nº 2- Resumo do Artigo Científico.....	CXLII

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº.1- Representação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	44
Figura nº.2- Diagrama de Fluxo.....	53

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1- Diagnósticos de Enfermagem (CIPE).....	104
Quadro n.º 2- Cronograma de Sessões.....	108
Quadro n.º 3- Sessões terapêuticas a implementar na UCCOA.....	110



## LISTA DE ABREVIATURAS

et al. – e outros

n.º- número

p. – página

pp. - páginas

## LISTA DE SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA- American Psychological Association- 6ª. Edição

ASPESM - A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

AVD – Atividades de Vida Diária

BAI - Inventário de ansiedade de Beck

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CI – Cuidador Informal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto de Lei

DMG - Doença Mental Grave

DR- Diário da República

DSM V – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECTS - European Credit Transfer System

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HDRS - Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton

ICN - International Council of Nursing

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

IP - Intervenção precoce

IPP - Instituto Politécnico de Portalegre

JBI – Joanna Briggs Institute

MMS - MiniMental State

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PC – Prestador de Cuidados

PICO (D) P - População, I - Intervenção, C - Intervenção de Comparação, O - Outcome ou resultado esperado, D - Desenho ou tipo de estudo

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

QV – Qualidade de Vida

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCOA – Unidade de Cuidados Continuados de Olhos de Água

VD - Visita Domiciliária

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	14
------------------	----

## PARTE I

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	19
1.1- O Envelhecimento.....	20
1.2- O Cuidar em Enfermagem.....	22
1.3- A pessoa dependente.....	23
1.4- Cuidados continuados .....	24
1.5- O Cuidador Informal da Pessoa Dependente.....	27
1.6- Sobrecarga do Cuidador Informal.....	30
1.7- Qualidade de Vida do Cuidador Informal.....	36
1.8- A visita domiciliária e a continuidade de cuidados.....	37
1.9- Intervenção de Enfermagem do EESMP com o cuidador informal da pessoa em ECCI.....	39
1.10- Cuidador Informal como parte do Sistema-Modelo de Sistemas Betty Neuman.....	41
2-METODOLOGIA DE PROJETO .....	45
2.1-Diagnóstico da situação.....	47
2.2-Definição de objetivos.....	50
2.3-Planeamento.....	51

2.4-Execução.....	56
2.5-Avaliação.....	58
2.6- Resultados.....	59
3-CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	61
3.1 SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA CHMT.....	61
3.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALCANENA....	62
4-ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS/COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	68
4.1-Competências Comuns do EE.....	69
4.2-Competências Específicas do EESMP.....	71
4.3-Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP.....	72
PARTE II	
5- PROPOSTA DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO.....	100
5.1-Diagnóstico da situação.....	100
5.2-Definição de objetivos.....	101
5.3-Planeamento.....	106
5.4-Execução.....	107
5.5-Avaliação.....	110
5.6-Divulgação de Resultados.....	119



CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
BIBLIOGRAFIA.....	124
APÊNDICES .....	CXXXVI
Apêndice I - Estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura....	CXXXVII
Apêndice II – Resumo do Artigo Científico.....	CXL



## INTRODUÇÃO

Segundo Casanova (2008), o relatório consiste numa exposição escrita objetiva do que se observou, viu e analisou e o seu objetivo principal é comunicar as atividades desenvolvidas numa determinada área, isto é, uma síntese de toda a ação desenvolvida. Este reunirá os aspetos considerados mais importantes no processo de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional, assumindo-se como um instrumento reflexivo.

Este Relatório de Mestrado em Enfermagem surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, nomeadamente entre a Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) e o Instituto Politécnico de Setúbal. O curso teve lugar na Escola Superior de Saúde do IPP com a duração de 3 semestres, com início em setembro do ano letivo 2018/2019 e final previsto em junho do ano letivo 2019/2020. Das diversas áreas de especialização oferecidas foi eleita a Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo esta coordenada pelo Professor Doutor Jorge Almeida.

No segundo ano, foi solicitado aos estudantes a redação de um Relatório de Mestrado no âmbito da Unidade Curricular Relatório Final. Segundo o Regulamento do Estágio Final e Relatório de Mestrado, o presente relatório consiste num trabalho descritivo e de reflexão crítica pormenorizada e detalhada das atividades desenvolvidas no âmbito de Estágio da Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. A aprendizagem que conduziu à aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica teve lugar no Estágio I e no Estágio Final, sob orientação do docente Jorge Almeida e EEESMP Marta Martinho e Paula Nunes.

O Estágio I foi realizado durante o segundo semestre do primeiro ano do Mestrado em Associação, com a duração de seis semanas, entre 20 de maio e 28 de junho de 2019, com um total de 10 European Credit Transfer System (ECTS), correspondentes a 270 horas, no Departamento de Psiquiatria de um Hospital da região centro. Por sua vez, o Estágio Final foi realizado no primeiro semestre do segundo ano do Mestrado em Associação, com a duração de 18 semanas, entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, com um total de 24 ECTS, correspondentes a um total de 648 horas, numa UCC da região centro do país.

Em Portugal a família representa a rede de suporte privilegiada e muitos doentes coabitam com pelo menos um familiar direto. É, portanto, primordial envolver família no processo de cuidar (Alves, J., Almeida, A., Mata, M. & Pimentel, M., 2017). O cuidador informal ou familiar cuidador é o membro da família, amigo, vizinho, ou voluntário sem formação específica que presta cuidados não remunerados à pessoa dependente (Loureiro, S., Pereira, M., Fernandes, M. & Oliveira, J., 2015).

A opção pelo tema deste projeto- “ Intervenções do EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI”, surge da necessidade de se conhecer e analisar a problemática da saúde mental nos cuidadores informais, no sentido de que os responsáveis pelos sistemas de saúde e apoio social, particularmente os EESMP, a exercer funções na comunidade, possam identificar as necessidades, elaborando diagnósticos e intervenções adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida do doente/família, uma vez que o bem-estar dos cuidadores se reflete no bem-estar daqueles que recebem os cuidados.

A intervenção de enfermagem junto dos cuidadores tem como objetivo permitir a adaptação da família à doença bem como retardar a institucionalização. É sabido que o papel prolongado de cuidador acarreta sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica pelo que durante este processo de cuidado os cuidadores vivenciam dificuldades associadas a necessidades relacionadas com o sono, fadiga, coping familiar comprometido e processos familiares desajustados. Tendo em atenção esta problemática é fundamental intervir junto dos cuidadores (Sousa, L. et al, 2017).

O EEESMP tem a responsabilidade de ajudar a pessoa no seu ciclo de vida a otimizar e/ou recuperar a sua saúde mental. Nestas situações de transição saúde-doença, o EEESMP tem o papel de facilitador da aceitação da condição de doença, por parte da pessoa doente e da família e da mobilização de diversas habilidades para saber como lidar com a mudança de papéis.

De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental torna-se pertinente identificar necessidades/dificuldades sentidas pelos cuidadores, para determinar o conjunto de intervenções especializadas que promovem a saúde mental do familiar cuidador. Cada pessoa é tida como um ser humano único, numa perspetiva sistémica em que a intervenção de enfermagem vai ao encontro das particularidades dessa mesma pessoa/família.

As equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) funcionam dentro de UCC (unidades de cuidado na comunidade), que trabalham a comunidade de utentes e cuidadores familiares são por essa razão considerados o grupo de profissionais que melhor conhece a realidade das famílias, a sua dinâmica, dificuldades e possíveis situações de risco. Cabe aos profissionais de saúde desenvolver projetos no âmbito da saúde mental, que vão ao encontro das necessidades/dificuldades dos cuidadores.

Com este trabalho pretende-se então, identificar/planear/executar/avaliar as intervenções na área da Enfermagem em Saúde Mental que promovem a saúde mental do familiar cuidador da pessoa dependente integrada na RCCI- ECCI, planeando a implementação de visitas domiciliárias semanais aos mesmos.

Considerando o âmbito e temática referidos anteriormente foram estabelecidos os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:**

- Apresentar o Relatório de Mestrado através da Metodologia de Projeto que será alvo de prova pública perante um júri.

**Objetivos específicos:**

- Identificar as intervenções do EEESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal da pessoa dependente integrada na ECCI;



- Planear a implementação de visitas domiciliárias semanais aos mesmos;

- Descrever reflexiva e pormenorizadamente a aquisição das competências desenvolvidas no decorrer do Mestrado e particularmente nos Estágio I e Estágio Final.

Para o presente estudo serão mobilizados os contributos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman uma vez que apresenta a família e os seus membros como um sistema adotando uma visão holística e multidimensional dos mesmos. A sua abordagem torna-se numa mais valia na apropriação dos cuidados a prestar ao doente e familiar cuidador.

O Modelo de Sistemas representa uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se encontra numa dinâmica interação com os fatores de stress ambientais. A proposta teórica de Betty Neuman aborda a reação do cliente ao stress a que é submetido, assim como os fatores adaptativos. O processo pelo qual o organismo satisfaz as suas necessidades é a adaptação e este é dinâmico e contínuo. A vida é um processo de interação constante entre equilíbrio e o desequilíbrio do organismo, mantendo equilíbrio entre a perda e o armazenamento de energia, em torno das condições ambientais (ambiente interno e externo), num processo homeostático contínuo. Segundo esta teórica, a intervenção de enfermagem deve ser ajudar o indivíduo a mobilizar as suas possibilidades de resposta aos fatores de stress, quer seja no uso de suas habilidades quer seja na utilização dos recursos disponíveis para melhorar sua qualidade de vida (Vieira, Alvarez, Balbinot, & Girondi, 2011).

Este relatório encontra-se dividido em duas partes, sendo que na primeira parte serão integrados quatro capítulos. No primeiro capítulo será apresentado o enquadramento concetual que englobará o cuidado em Enfermagem, particularmente em termos de intervenções do EESMP na promoção da saúde mental do cuidador informal da pessoa dependente integrada na RNCCI-ECCI, tendo em conta as variáveis sobrecarga e qualidade de vida e aludindo à Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, que englobará o cuidador informal num sistema familiar. No segundo capítulo será apresentada a Metodologia de Projeto escolhida, tendo em conta todas as suas etapas e processos utilizados. No terceiro capítulo será efetuada a caracterização dos locais de estágio. No quarto capítulo serão descritas as atividades desenvolvidas em cada local de estágio assim

como uma análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento das competências, dividindo-se em subcapítulos onde serão abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EESMP e as competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP.

A segunda parte do presente relatório consiste na apresentação da Proposta de Intervenção a implementar. No último capítulo será apresentada a reflexão conclusiva da elaboração deste trabalho, onde será efetuada uma análise acerca do alcance dos objetivos traçados.

O presente Relatório de Mestrado é redigido tendo em conta as normas do Novo Acordo Ortográfico Português e as referências seguem a norma da APA (American Psychological Association- 6ª. Edição).



## **PARTE I**

### **1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Considerou-se relevante enquadrar este trabalho tendo em conta os conceitos de metaparadigma de Enfermagem- saúde, pessoa, ambiente, e cuidados de enfermagem assim como aludir à Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, que foi o modelo escolhido para fundamentar o percurso de aquisição de competências como EESMP, bem como as competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP. Acreditamos que a definição destes conceitos permitirá uma melhor compreensão deste projeto.

“Saúde” é o estado e/ou a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Sendo uma representação mental, é um estado subjetivo, logo não pode ser o conceito oposto ao conceito de doença. Esta representação mental da condição individual e do bem-estar, varia no tempo, isto é, cada pessoa busca o equilíbrio em cada momento, tendo em conta os desafios que cada situação lhe coloca. Desta forma, a saúde reflete um processo dinâmico e contínuo; todo o indivíduo quer atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2012).

“Pessoa” é o ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual. Assim sendo, cada pessoa é um ser único, com dignidade própria e direito de autodeterminação. Os comportamentos do indivíduo sofrem a influência do ambiente onde vive e se desenvolve. Qualquer pessoa interage com o ambiente modificando-o e sofrendo a sua influência durante o processo de procura do equilíbrio e da harmonia (OE, 2012).

“Ambiente” é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Estes condicionam e influenciam os estilos de vida e têm repercussão no conceito de saúde. Quando inseridos na prática dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros precisam de focar a sua intervenção na relação de interdependência pessoa e ambiente (OE, 2012).

“Os cuidados de enfermagem” - O exercício da enfermagem é centrado na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Cada um destes, quer o enfermeiro, quer os clientes dos cuidados de enfermagem, têm quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – resultado das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. A relação terapêutica que é desenvolvida é definida como uma parceria com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação é um processo dinâmico, cujo objetivo é auxiliar o cliente a ser proactivo na realização do seu projeto de saúde. Esta parceria deve ser estabelecida considerando as pessoas significativas para o cliente individual (família, familiar significativo) (OE, 2012).

O modelo de Betty Neuman é baseado na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos seres vivos enquanto sistemas abertos. Neuman foi a primeira a envolver a Enfermagem na Saúde Mental em que o modelo teórico é enquadrado numa perspetiva holística do ser humano. Para esta teórica, é a interação entre o sistema cliente e o ambiente que define o domínio da Enfermagem, articulando-se as dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual. Este modelo baseia-se nos quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem (Antunes, 2016).

### 1.1- O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano caracteriza-se por um processo de transição progressivo das funções biológica, psicológica e social da pessoa que se inicia mesmo antes do nascimento, e se vai desenvolvendo ao longo da vida (DGS, 2004).

O envelhecimento demográfico é característica da sociedade atual, dita desenvolvida, e surge na sequência do aumento da esperança de vida e da diminuição da natalidade e da população jovem (Sequeira, 2010).

Tal como nos restantes países da Europa, Portugal tem apresentado alterações demográficas importantes, caracterizando-se pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2018, existiam 149 idosos por cada 100 jovens e as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,9 % de toda a população a residir em Portugal. Também a esperança de vida atingiu os 81,3 anos para homens e mulheres. Este acréscimo da longevidade envolve novos desafios para a sociedade em geral. Os países desenvolvidos têm vindo a preocupar-se cada vez mais com o aumento da morbilidade e verifica-se que as doenças crónicas têm grande importância no desenvolvimento de políticas, finanças sociais e de saúde (PORDATA, 2018).

A sociedade atual e as suas organizações, têm a obrigação de contribuir para a dignidade dos idosos, promovendo nesta etapa da vida da pessoa o seu bem-estar e a sua qualidade de vida e a valorizá-los como fontes de sabedoria e conhecimento (Sequeira, 2010). É necessário deixar de ver a velhice como algo negativo e passar a considerar que se trata de uma etapa privilegiada da vida, onde cabem a realização pessoal, a satisfação e o prazer. Desta forma, e tendo em conta os dados demográficos atuais urge discutir o papel do idoso na família e a sua importância na mesma e no meio onde se insere. Por isso, deverão ser implementadas estratégias que possibilitem articular o cuidado ao idoso, o trabalho e o lazer, de forma saudável (Sequeira, 2010).

Compreender o processo dinâmico e natural, mas ao mesmo tempo progressivo e irreversível do envelhecimento é imperativo e para isso é necessário atender às suas várias dimensões, biológica, psicológica, sociológica e cronológica (Sequeira, 2010).

O decréscimo das capacidades, natural como avançar do ciclo vital e o aumento das doenças crónicas conduzem a uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a satisfação das mais elementares necessidades diárias e manutenção da qualidade de vida (Melo, 2014).

## 1.2- O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Qual o significado de Cuidar? Cuidar significa ter os olhos postos além da doença, do sofrimento, significa reconhecer a pessoa como um todo e no confronto com aquilo que lhe traz sofrimento. Assim, a prática de cuidados de enfermagem exige conhecimentos e habilidades aprendidas e um enorme grau de entrega.

O cuidar em enfermagem, é uma prática que se constrói através da interação enfermeiro-cliente com o intuito de contribuir para o bem-estar e ou diminuir o sofrimento do cliente (Grilo, 2014). A intervenção profissional dos enfermeiros/as junto dos clientes, doentes ou não, e tendo em conta a complexa relação saúde/doença, impõe um trabalho multidisciplinar, traduzindo-se estes cuidados em cuidados de saúde.

O cuidado de enfermagem integra também um processo de tomada de decisão cuja finalidade é melhorar a saúde das pessoas e contribuir para o seu bem-estar. As intervenções desenvolvidas são sempre respostas humanas que dependem da interação estabelecida entre “a pessoa enfermeiro”, a “pessoa utente” e o ambiente, e englobam a totalidade das intervenções que os enfermeiros dirigem aos utentes e às suas famílias, assim como à interação destes com a organização e com outros profissionais, sendo estas sempre ações complexas (Grilo, 2014).

Os cuidados de enfermagem focam-se na promoção dos projetos de saúde individuais. Ao longo do ciclo vital de cada individuo procura-se prevenir a doença e garantir a promoção de processos de readaptação, visando a satisfação das necessidades humanas básicas e o mais elevado grau de independência na realização das atividades da vida. Através de processos de aprendizagem do cliente, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores. Além disso, os cuidados de enfermagem auxiliam o individuo a gerir os recursos da comunidade no que diz respeito à saúde, assumindo o enfermeiro um importante papel no seio da equipa (OE, 2012).



### 1.3- A PESSOA DEPENDENTE

A evolução científica e social verificada nos últimos anos tem resultado no aumento da prevalência de doenças crónicas, o que se traduz no aumento do grau de dependência das pessoas (Ribeiro, 2013).

A transição do idoso para a dependência é um processo complexo e pode surgir de forma repentina ou progressiva, envolvendo um decréscimo na capacidade das estruturas ou funções orgânicas.

Tendo em conta o DL nº 265/99 de 14 julho, consideram-se em situação de dependência as pessoas que não conseguem praticar de forma autónoma as atividades indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, no que diz respeito à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, necessitando da ajuda de outrem.

Segundo Figueiredo (2007), para se poder falar de dependência é necessário atender a três aspetos: a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que comprometa determinadas capacidades; a incapacidade para realizar por si as atividades de vida diária; a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros.

Pessoa dependente será aquela que durante um alargado período de tempo necessita de ajuda de outra pessoa para executar determinadas atividades do dia-a-dia. A dependência tem sido avaliada pelo método de avaliação da capacidade funcional. A avaliação do tipo e grau de dependência revestem-se de extrema importância, tanto no que diz respeito à avaliação do estado de saúde do indivíduo, como no planeamento das estratégias a implementar (Ribeiro, 2013).

Se bem que em termos teóricos poderemos distinguir dependência física de dependência mental, em termos práticos verifica-se que estas duas dimensões estão associadas e podem influenciar-se de forma recíproca. Considera-se dependência física quando as atividades de vida diárias estão comprometidas (ABVD e AIVD), mas não existe comprometimento cognitivo significativo. Dos instrumentos mais utilizados na avaliação das AVD temos o Índice de Barthel para atividades básicas de vida diária



(ABVD) e o Índice de Lawton para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Por outro lado, considera-se dependência mental, quando se verifica alteração a nível dos recursos cognitivos que permitem desempenhar determinada atividade acarretando comprometimento nas AVD, embora a capacidade funcional esteja mantida (Sequeira, 2010).

A doença mental relaciona-se a um conjunto de défices, incapacidades e desvantagens que modificam o estatuto da pessoa nas famílias, no trabalho e na sociedade em geral. As famílias que privam com um doente mental precisam efetuar variados ajustes e são obrigadas a assumir diversos compromissos que envolvem alterações ao nível do seu potencial no trabalho, nas relações interpessoais e no lazer. Os transtornos mentais e comportamentais provocam diversas alterações na vida da própria pessoa e das suas famílias, com repercussão evidente na qualidade de vida de todos (Sequeira, 2010). No que diz respeito aos instrumentos mais utilizados a nível mundial para a avaliação cognitiva dos idosos considera-se o MiniMental State (MMS), que permite uma breve avaliação do estado mental, possibilitando uma avaliação da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Sequeira, 2010).

#### 1.4 - CUIDADOS CONTINUADOS

O progressivo envelhecimento da população explicado pelo aumento da esperança média de vida e pela redução da natalidade evidencia também uma melhoria da qualidade dos cuidados (Melo, 2014). No entanto, verificam-se ainda défices ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, devido ao aumento da prevalência de indivíduos com doenças crónicas incapacitantes. Tal traduz novas necessidades de saúde e sociais, que implicam respostas diversas que possam ir de encontro ao aumento da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (DL n° 101/2006 de 6 de junho).

Prestar cuidados pode ser um processo profundamente desgastante e, habitualmente envolve um acréscimo do stress e da sobrecarga por parte de quem cuida. Para fazer face aos constantes desafios que lhes vão surgindo, os cuidadores necessitam de se organizar e preparar devidamente para poderem vivenciar saudavelmente a transição para este novo papel. Assim, assume extrema importância a coordenação dos cuidadores com os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, no sentido de satisfazerem as suas necessidades e manterem um nível de saúde e bem-estar conveniente, bem como, garantirem a continuidade dos cuidados prestados à pessoa dependente (Melo, 2014).

Para que se possa consolidar a pretensão de caminharmos para uma sociedade justa e solidária, importa atuar na promoção da funcionalidade e na prevenção, diminuindo e/ou adiando a incapacidade, contribuindo desta forma para uma melhoria da qualidade de vida (DL nº 101/2006 de 6 de junho).

Por definição, “Cuidados continuados integrados” são o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DL nº 101/2006 de 6 de junho).

Criada em 2006, através de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social continuados e integrados a indivíduos dependentes, em qualquer fase do seu ciclo vital, em situação de doença aguda ou na prevenção de agravamentos de doença crónica. Estes centram-se na recuperação global da pessoa, na promoção da sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, visando a sua reintegração sociofamiliar (Guia Prático-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ISS, I.P, 2019).

A RNCCI tem como princípios basilares a prestação individualizada e humanizada de cuidados; a garantia de articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação; a equidade no acesso e mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI; a proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação

de serviços integrados na comunidade; a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; a avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; a promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; a participação do utente e seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e coresponsabilização na prestação de cuidados e a eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (Guia Prático-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ISS, I.P, 2019).

A equipa de cuidados continuados integrada (ECCI) caracteriza-se por ser uma equipa multidisciplinar cuja responsabilidade assenta nos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Deverá ser efetuada uma avaliação global, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, que não possam mobilizar-se autonomamente e que não requeiram internamento. Essa avaliação integral é articulada com o centro de saúde e o serviço social. A ECCI sustenta-se em recursos locais existentes, no contexto de cada centro de saúde, articulados com os serviços comunitários, tais como as autarquias (DL n° 101/2006 de 6 de junho).

A equipa de cuidados continuados integrados garante, os cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas. As visitas efetuadas serão programadas e terão a regularidade que for necessária, tendo em conta as necessidades percebidas pela equipa. Para além disso garante também cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados, educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores, apoio na satisfação das necessidades básicas, apoio no desempenho das atividades da vida diária, apoio nas atividades instrumentais da vida diária, coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (DL n° 101/2006 de 6 de junho). O seu objetivo é que os indivíduos dependentes possam permanecer no seu domicílio.

A RNCCI tem vindo a desenvolver-se e de entre as estratégias de desenvolvimento podem referir-se o reforço dos cuidados continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório, assim como o reconhecimento e apoio aos cuidadores informais que



cuidam de pessoas dependentes e que contribuem para a sustentabilidade do sistema (Ministério da Saúde, 2017).

No final de 2017 a RNCCI aumentou a sua capacidade de resposta à valência de saúde mental, com início de experiências-piloto de um ano, que visam responder a necessidades específicas de pessoas com doença mental grave (DMG), para adultos e para crianças e jovens entre os 5 e os 18 anos. Com as tipologias de ambulatório dos cuidados pediátricos (10 lugares em Unidade de Ambulatório Pediátrica) e de saúde mental, o número de lugares é de 8.247 (Ministério da Saúde, 2017).

O número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) decresceu 1,4% em relação ao final de 2016, com o maior decréscimo a registar-se no Algarve, com 18,8%. Esta situação relaciona-se com a reorganização das ECCI. (Ministério da Saúde, 2017). Existem 14.123 lugares na RNCCI, com uma diminuição de 1,8% em relação a 2016. Os lugares de ECCI, com o ajuste efetuado pelas regiões em função dos recursos humanos, representam 42,1% dos lugares da RNCCI de adultos. Lisboa e Vale do Tejo tem a menor cobertura populacional relativamente a lugares de internamento, sendo a região com maior cobertura o Alentejo, sobreponível ao Algarve (Ministério da Saúde, 2017).

Aos enfermeiros, particularmente aos EESMP que desempenham funções em UCC, compete desenvolver projetos no âmbito da saúde mental que possam ir de encontro às necessidades e/ou dificuldades das pessoas dependentes e dos seus cuidadores, pois são os que detêm maior conhecimento das famílias e suas dificuldades, da sua dinâmica, realidade e situações de risco (Correia, 2019).

## 1.5- O CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE

Com a publicação da Lei de Saúde Mental (Lei 36/98 de 24 de junho), o modelo de assistência de referência (PNSM e DSIA, 2013) sofreu uma alteração pelo que passou a priorizar-se a promoção da prestação de cuidados na comunidade, com o objetivo de manter o utente no seu contexto habitual, facilitando a sua reabilitação e inserção social, de tal forma que os cuidados sejam prestados no meio mais abrangente possível. O

internamento é visto como último recurso e será no contexto familiar que a pessoa terá que viver (Marques & Lopes, 2015).

O papel de membro da família prestador de cuidados ou cuidador informal é extremamente importante na rede de apoio informal, assim considera-se cuidado informal todo aquele que não é remunerado, prestado de forma parcial ou integral, à pessoa com dependência, por pessoas pertencentes à sua rede familiar. O cuidado informal poderá ser assumido por amigos, vizinhos ou outros, mas habitualmente, é a família que assume a responsabilidade da organização ou assistência e prestação de cuidados (Melo, Rua & Santos, 2014).

Apesar de não haver consensos quanto à sua abrangência são conceitos aceites pela maioria dos autores os de cuidador informal ou familiar cuidador e estes têm sido explorados na literatura recente e implicam uma relação. Do ponto de vista das políticas públicas em vigor e da cultura portuguesa a responsabilidade do cuidar cabe à família. Em todas as etapas do ciclo de vida, particularmente em situações de crise, como no caso de cuidar da pessoa dependente o papel da família é reconhecido como fundamental na vida dessa pessoa (Torrinha, 2017).

Segundo Araújo (2008, 2009), a família representa, na sociedade atual, o pilar mais importante de apoio assim como a primeira instituição social onde o indivíduo se insere, contribuindo para o seu desenvolvimento e socialização. Esta suporta a sustentabilidade aos seus ascendentes no seu processo de envelhecimento.

Em Portugal tal como na Europa, a caracterização dos cuidadores informais mostra que maioritariamente são pessoas do sexo feminino entre os 45 e os 75 anos, solteiras, desempregadas, domésticas ou reformadas, e que coabitam com a pessoa dependente (EUROCARERS, 2017). Também Melo, Rua & Santos, (2014) refere que os cuidadores informais são, mulheres, solteiras, domésticas ou desempregadas e que partilham a habitação com o indivíduo dependente.

Para Pereira (2011) devemos ainda definir para além do cuidador informal primário nos cuidados à pessoa dependente, o cuidador secundário que complementa a assistência de forma ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade direta sobre o cuidar e o



cuidador terciário, sendo a pessoa que ajuda de forma esporádica, apenas quando solicitado, ou em situações de emergência.

O desempenho prolongado do papel de cuidador ou a prestação de tarefas complexas de cuidados acarretam sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica. No complexo processo de cuidar, os cuidadores informais vivenciam múltiplas dificuldades, e estes referem um conjunto de necessidades, das quais se destacam: alterações do sono, fadiga, coping familiar comprometido, processos familiares disfuncionais, entre outros (Sousa, L. et al, 2017).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] ® versão 2 International Council of Nursing [ICN], 2011, p. 65), o papel do prestador de cuidados é:

“Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, tendo em conta a sua prática e a proximidade com as pessoas, com frequência têm que lidar com processos de transição em contextos diversos e são, frequentemente, os principais cuidadores das pessoas no seu processo de transição. Assim sendo, observam as alterações e exigências que provêm das necessidades dos familiares quando têm de prestar cuidados e no assumir do papel de cuidador. Os enfermeiros são aqueles que preparam os cuidadores informais para esta fase, através da promoção e incentivo à aquisição de novos conhecimentos e aprendizagem de habilidades e capacidades para dar resposta à nova vivência, facilitando todo o processo e garantindo uma adaptação adequada (Meleis, 2010).

A OE defende a integração dos ESMP nas equipas multiprofissionais nos diferentes contextos, respeitando as áreas autónomas e interdependentes em enfermagem numa perspetiva de promoção da saúde mental e prevenção da doença.

“A enfermagem de saúde mental e psiquiatria pretende focar-se na promoção da saúde mental e no bem-estar, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição” (OE, 2017, p. 4).

Neste contexto, os EESMP desempenham um importante papel no contexto dos cuidados de saúde primários, uma vez que são eles acompanham e auxiliam a pessoa/família no decurso do seu ciclo vital, integrando-os na comunidade, mobilizando as dinâmicas de cada contexto, na prevenção e deteção precoce de alterações no estado de saúde mental da pessoa dependente e seus cuidadores (Correia, 2019).

#### 1.6- SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

Conforme se vai compreendendo a importância dos familiares no processo de cuidar, verificam-se reconhecidas limitações sentidas pelos mesmos, quer no ato de cuidar propriamente dito quer no perceber das alterações provocadas pela doença ou envelhecimento (Eloia, 2014).

Tal como se discute a necessidade de apoio aos cuidadores, no que diz respeito à educação para a saúde, visando o entendimento da doença e da situação vivenciada, também se tenta analisar a relação do cuidador com o familiar cuidado, emergindo consequentemente a temática da sobrecarga familiar (Eloia, 2014).

Quando um membro da família fica doente ou necessita de terceiros para a satisfação das suas necessidades, isso implica uma mudança no modo de vida do prestador de cuidados e restante família, originando na maioria das vezes sobrecarga e por em inúmeras ocasiões uma crise familiar, provocando disfunções familiares (Correia, 2019).

Segundo Correia (2019), o tempo de cuidado é diretamente proporcional à sobrecarga, uma vez que os aspetos negativos do cuidar são muito mais valorizados do que os aspetos positivos pelo prestador de cuidados.

Percebe-se que a vida pessoal, familiar e social do cuidador é afetada no momento em que este, toma a decisão de cuidar de um seu familiar, desta forma torna-se pertinente definir o conceito de sobrecarga (Correia, 2019).

Por definição, a sobrecarga familiar é resultado da convivência com uma pessoa doente ou dependente e que envolve aspetos económicos, emocionais e/ou práticos, aos quais os cuidadores são sujeitos e como tal merecedores da atenção dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros (Eloia, 2014).

Segundo Alves et al., (2017) sobrecarga familiar pode ser dividida em duas componentes distintas, a sobrecarga objetiva, que se relaciona com o impacto direto das alterações e limitações provocadas pela doença de uma pessoa no seu familiar cuidador e a sobrecarga subjetiva que tem a ver com a panóplia de sentimentos que advém da vivência intrapsíquica dessas limitações, refletindo-se em impacto psicológico.

Para Borba et al., (2008) a sobrecarga familiar pode ser sobrecarga física e emocional- identificada por doenças do sistema nervoso- problemas gastrointestinais, mostrando que os problemas emocionais se refletem na saúde física. Segundo os mesmos autores, podemos distinguir também a sobrecarga de cuidado. O ato de cuidar pode tornar-se uma tarefa complicada, quer pela falta de apoio dos restantes familiares, quer pelas exigências do familiar cuidado. Finalmente, a sobrecarga financeira, relacionada com situação financeira desfavorável o que agrava o problema, verificando-se a necessidade de reajuste no orçamento familiar. Aspetos como o absentismo deve ser tido em atenção uma vez que pode acarretar o comprometimento da fonte de rendimento familiar.

Para Sequeira (2010), a sobrecarga implica na vida do familiar cuidador uma série de consequências, que acarretam uma deterioração da qualidade de vida do mesmo e uma maior morbilidade. O ato de cuidar está associado a uma conotação negativa de “peso” ou “fardo” (Sequeira, 2010b).

Ao conceito de sobrecarga associa-se um carácter multidimensional caracterizado essencialmente por quatro fatores: o impacto da prestação de cuidados- pretendendo-se avaliar o impacto no cuidador em relação à prestação de cuidados; a relação interpessoal entre o cuidador e a pessoa dependente- refletindo-se nas implicações da relação entre os



dois; as expectativas com o cuidar e a percepção de autoeficácia- pretendendo-se avaliar a autoeficácia do cuidador e o desempenho do seu papel (Sequeira, 2010b).

O conceito de sobrecarga tem em conta as dimensões objetiva e subjetiva. Segundo Gomes et al., (2018) A primeira relata as consequências negativas observáveis decorrentes do papel de cuidador, tais como alterações na rotina, diminuição da vida social e profissional, perdas económicas, realização de tarefas, etc. A segunda identifica os aspetos subjetivos da sobrecarga, remetendo às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incomodo gerados por se tornar cuidador. Os valores e representações acerca da doença que cada indivíduo tem e que são resultado da sua história de vida, o seu contexto cultural, social, religioso, influenciam os aspetos objetivos e subjetivos da vivência de sobrecarga pelo familiar. Em situações de stress, esses valores e crenças influenciam quer a vivência emocional quer a maneira de lidar com a situação em concreto (Gomes, 2018).

Pelo descrito anteriormente, percebe-se que o cuidador por si só terá dificuldade em desenvolver estratégias que o auxiliem na resolução dos seus problemas, havendo variados fatores que se traduzem em risco de incapacidade de cuidar da pessoa dependente, traduzindo-se em stress do prestador de cuidados (Correia, 2019).

Um dos grandes desafios que se colocam atualmente é o cuidado do familiar cuidador, no sentido que, na ausência dos cuidados de enfermagem o cuidador possa continuar a manter cuidados adequados ao seu familiar. Dos enfermeiros, espera-se a promoção do bem-estar e a prevenção de perturbações nos cuidadores, já que destes dependem os indivíduos dependentes/doentes ao seu cuidado, assim como a sua permanência na comunidade (Bidarra, 2009).

No decorrer da sua prática profissional, o enfermeiro desempenha um papel fundamental junto da pessoa dependente e do cuidador que vivencia um processo de crise, transmitindo-lhes a segurança e confiança essencial para ultrapassar esta fase.

A intervenção de enfermagem será aquela que fomenta, no cuidador que apresenta sinais de sobrecarga evidente, a capacidade de encontrar estratégias de resolução do problema, contribuindo dessa forma para o estabelecer de um relacionamento saudável



com a pessoa cuidada, evitando assim o aumento dos níveis de stress ou a rutura no processo de cuidar (Marques, 2007).

A sobrecarga do cuidador tem sido objeto de estudo de diversas investigações e são vários os instrumentos, como escalas, questionários e inventários, referidos na literatura, embora muitos não se encontrem traduzidos nem validados, tendo em conta o contexto sociocultural e económico, para a população portuguesa (Rodrigues, 2011).

Na avaliação do cuidador informal destacamos alguns instrumentos que existem relativamente às dificuldades, às estratégias de coping a utilizar, de satisfação e de sobrecarga, assim como os fatores de suporte social e a caracterização social das famílias (Sequeira, 2010). Entende-se também que para entender a sobrecarga do cuidador informal é mandatório conhecer as necessidades e dificuldades sentidas pela pessoa cuidada pelo que existem também instrumentos que permitem essa avaliação.

O Índice de Barthel é um dos instrumentos de avaliação das ABVD utilizado quer na prática clínica e quer na investigação. Permite a avaliação da capacidade funcional do indivíduo, podendo determinar-se o grau de dependência globalmente ou de forma parcelar para cada atividade (Sequeira, 2010). É composto por dez atividades básicas de vida, sendo elas: alimentação, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, vestir, controlo intestinal, controlo vesical, deambulação, transferência cadeira-cama e subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, sendo a independência pontuada com valores de “5, 10 ou 15” pontos de acordo com níveis de diferenciação. A cotação global varia entre 0 a 100 pontos, a pontuação mínima de zero corresponde à severa dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas e a máxima de cem equivale a independência total, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência e vice-versa (Araújo, et.al, 2007).

É um instrumento que está validado para a população portuguesa, para em amostras de idosos não institucionalizados (Araújo et.al, 2007; Sequeira, 2010). As suas vantagens são a fácil aplicação, baixo custo, o poder ser repetido periodicamente e o pouco tempo para o seu preenchimento, valores de fidelidade e validade consistentes, estão presentes neste instrumento.

A Escala de Lawton & Brody possibilita a avaliação da autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros. A informação pode ser retirada de um questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como: Dependente (0 pontos), Independente (1 ponto) (Duque et. al, sd.).

O Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein é um questionário que possibilita uma avaliação sumária das funções cognitivas. É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. A informação é obtida através do questionário direto ao idoso que pode ser aplicado por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde (Duque et. al, sd.).

Segundo Sequeira (2010), a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit representa um instrumento fiável, com boas características psicométricas para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar. Por isso, o mesmo autor sugere a sua utilização ao nível da prática clínica como instrumento de diagnóstico (risco de sobrecarga/sobrecarga) e como instrumento de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais.

A utilização da escala de sobrecarga na investigação, faculta a avaliação das consequências negativas associadas ao cuidar numa determinada população e possibilita estabelecer comparações com os dados internacionais, uma vez que este instrumento é utilizado na maioria dos países com programas de intervenção dirigidos aos cuidadores (Sequeira, 2010).

A escala de sobrecarga do cuidador informal é constituída por 22 questões e de acordo com as várias adaptações pode sofrer algumas alterações. Os seus itens de acordo com as várias adaptações podem ser pontuados de 0 a 4 ou de 1 a 5, sendo a última a mais utilizada. O Score final pode variar entre 22 e 110 pontos, sendo que para o maior score,

corresponde maior sobrecarga. A pontuação é a seguinte: Inferior a 46 - Sem sobrecarga; entre 46 e 56 - Sobrecarga ligeira; superior a 56 – Sobrecarga intensa (Correia, 2019).

A Escala de avaliação da depressão de Hamilton (HDRS) tem sido utilizada em diferentes países, faixas etárias, géneros e na associação da mensuração da depressão com outras patologias. A HDRS possui 17 itens (clássica), mas existem versões com 21 e 24 itens. São considerados pacientes gravemente deprimidos os que apresentam scores acima de 25 pontos; moderadamente deprimidos, entre 18 e 24 pontos e levemente deprimidos, entre 7 e 17 pontos (Araújo, 2019).

O Inventário de ansiedade de Beck (BAI) é um questionário de autorrelato com 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo. As questões são sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade tais como a sudorese e/ou sentimentos de angústia (Araújo, 2019).

A WHOQOL-Bref (WHOQOL group, 1994, versão portuguesa: Vaz-Serra, Canavarro, Simões, Carona, Gameiro, Pereira, Quartilho & Paredes, 2006) é o instrumento que avalia a QV dos cuidadores familiares. Este é constituído por 26 perguntas, duas representam a faceta geral da qualidade de vida e as restantes representam 24 facetas agrupadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Todas as 26 perguntas do questionário apresentam uma variância de um a cinco, às quais o cuidador apenas pode assinalar uma resposta.

### 1.7- QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR INFORMAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida (QV) é uma perceção individual da posição na vida, no contexto cultural e de valores em que os indivíduos vivem e relaciona-se com os seus objetivos, expetativas, normas e preocupações. É um conceito amplo e subjetivo, incluindo a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (OMS, 2005).



A família é na sociedade atual, a instituição de apoio mais importante e a fonte preferencial de assistência e ajuda para a maioria das pessoas idosas, na doença crónica e na incapacidade, independentemente da estrutura familiar, social e política dos países. A literatura mostra que as relações familiares podem ser consideradas uma potencial fonte de apoio ou de stress para os idosos, ao lidarem com a doença crónica. A presença de uma estrutura familiar coesa pode ter um impacto positivo para as pessoas (Roncon, 2015).

É sabido que cuidar de um idoso dependente acarreta consequências para a QV do cuidador. Esta pode ser analisada pela perspetiva positiva através do bem-estar, e pela negativa, representada pela sobrecarga de trabalho e de stress (Costa, 2016).

Não obstante o processo de cuidar gerar stress e sobrecarga aos cuidadores, eles frequentemente percecionam sentimentos positivos tais como honra, dignidade e valorização social. Assim sendo, os benefícios inerentes à manutenção da saúde do idoso no seu domicílio requerem acompanhamento eficaz no domicílio, pelo que a existência de uma equipa multiprofissional na qual a enfermagem deve, além de assistir o idoso, apoiar o cuidador e a família, uma vez que estes são os principais responsáveis pela qualidade do cuidado dispensado ao idoso, reveste-se de grande importância (Costa, 2016).

Puig (2015), também refere que no processo de cuidar de uma pessoa doente ou com alta dependência, o cuidador principal apresenta sentimentos ambivalentes de características positivas e negativas. Para este autor, os sentimentos positivos podem ser a identificação de bem-estar emocional, a autoaceitação, autonomia, controle do meio ambiente, significado cultural do cuidado e reciprocidade. Existem também estudos que referem que o desejo de cuidar e ajudar a pessoa dependente pode reduzir o stress do cuidador. Esta perspetiva construtivista e artesanal do cuidado, feita com amor, permitem que os cuidadores percecionem uma melhor qualidade de vida do que os indivíduos que vêem o cuidado como um fardo ou obrigação (Puig, 2015).



## 1.8- A VISITA DOMICILIÁRIA (VD) E A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Atualmente, é preconizado que a pessoa doente seja cuidada no seu contexto familiar e social, evitando a institucionalização, e indo ao encontro de cuidados que procurem a melhoria da sua qualidade de vida e promovam a reintegração social. Segundo Silva et al. (2011, p. 135), a “qualidade de vida pode ser oferecida através de um melhor atendimento, redução dos internamentos e período de internamento, e sempre que possível manutenção do doente no meio familiar, através de uma rede de saúde que ofereça suporte para esta família”.

A enfermagem psiquiátrica pode contribuir para a reintegração social dos utentes, através da sua orientação e dos seus familiares, da intervenção nas situações de crise, da consulta de enfermagem em saúde mental, acolhimento e outros modelos de assistência (Reinaldo e Rocha, 2002, citado por Ferreira., 2014).

O Plano Nacional de Saúde Mental (Portugal, 2007, p. 7) refere:

“a saúde mental como uma prioridade de saúde pública e faz um apelo à necessidade de envolver nos cuidados a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade; estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde e prestação de cuidados continuados a utentes com patologias mentais graves principalmente as que visam a promoção da saúde no contexto comunitário”.

Os cuidados comunitários deverão ser prestados no contexto do doente e a decisão de internamento será tomada apenas quando estiverem esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade. Segundo o mesmo documento:

“a participação comunitária é importante, as pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam, os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e educação necessários” (Portugal, 2007, p. 14).

Ao nível da comunidade, a saúde mental descreve uma aproximação dos cuidados psiquiátricos e de saúde mental do indivíduo à interação entre esta e o seu meio. Assim como refere ser um local onde se oferece uma atenção integrada, fora do hospital, num contexto mais abrangente e preferencialmente na proximidade da residência do utente (Johnson, 2000, p. 872).

Quando são realizadas intervenções dirigidas a uma pessoa, deve ter-se em conta a sua componente social, cultural e familiar, uma vez que esta pessoa se insere num grupo familiar/social, com o qual interage no seu dia-a-dia e influencia o seu estado de saúde física e psíquica.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 5):

“a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental”.

A visita domiciliária consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social na habitação do utente/família, no seu contexto/ambiente de vida, permitindo a proximidade entre o profissional de saúde com a família, e representa um meio eficaz de conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio, permitindo ganhos em saúde a todos os elementos da família (Rice, 2004). Para o mesmo autor, os objetivos da VD serão, “fornecer ao utente (e família) a compreensão, o apoio, o tratamento, as informações e os cuidados que necessitam para gerir com sucesso as necessidades de saúde no domicílio”.

A VD permite ao enfermeiro um acompanhamento do cuidador informal e do doente proporcionando “uma colheita de dados mais exata sobre a estrutura familiar, o ambiente habitacional e o comportamento neste ambiente” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 532). Esta implica planeamento, realização de intervenções de carácter educativo e assistencial, interação efetiva dos enfermeiros com o doente, a família e a comunidade, permitindo uma continuidade na assistência desenvolvida, no contexto familiar através de avaliação. Stanhope e Lancaster (2011, p. 532) referem que “uma visita domiciliária pode ser mais

que um lugar alternativo para prestar cuidados; pode ser uma modalidade de intervenção (...).”.

A nível da saúde mental, a visita domiciliária representa, assim, uma forma de intervenção que permite a abordagem do doente e da sua família. A VD permite conhecer a dinâmica familiar, visando conhecer o envolvimento da família no cuidado proporcionado ao doente. Esta permite ao doente/cuidador informal o suporte necessário para a continuidade do tratamento, prevenindo o reinternamento frequente. Para além do acompanhamento do doente, esta engloba também a sua família, e o seu contexto social e demográfico.

Na ótica de Sotto Mayor et al. (2008, p. 244) na realização da visita domiciliária, grande parte das intervenções centra-se na educação para a saúde, quer para incrementar o conhecimento a doença, quer para melhorar ou ajudar os cuidadores informais a lidar melhor com as alterações de comportamento da pessoa cuidada e estas intervenções foram personalizadas, abordando aspetos biológicos, psicológicos, funcionais e sociais.

#### 1.9- INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DO EESMP COM O CUIDADOR INFORMAL EM SOBRECARGA, DA PESSOA EM ECCI

O papel do EESMP prende-se com a valorização da pessoa e dos recursos comunitários relevantes e disponíveis, as condições de vida, a saúde, o trabalho, a situação económica e a sua história cultural.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 4),

“no que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”.



O EESMP presta cuidados centrados no utente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade. Considera a pessoa como ser único, inserido numa família e na comunidade, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar, e ser corresponsável em todo o processo de cuidados. Os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, procurando atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

O EESMP contribui para apoiar o doente/família a desenvolver competências, visando a resolução dos seus problemas, servindo-se para isso dos recursos da comunidade. Como tal, é essencial que o EESMP possua conhecimentos sobre os recursos da comunidade em que o doente/família se insere, possibilitando uma boa articulação entre a família e esses recursos.

Para Sotto Mayor et al. (2008, p. 245),

“(...) com mais informação, melhores condições de vida, diagnóstico precoce, redução de intervalo de tempo entre visitas e apoios substanciais aos cuidadores contribuiriam para melhorar a qualidade de vida da população idosa que padece de demência e permitiriam, até certo ponto, melhorar o repertório de potenciais estratégias de coping do cuidador informal”.

Desta forma, as intervenções do EESMP devem ser dirigidas para os cuidadores informais, na perspetiva destes como parceiros do cuidado, já que o seu papel deve ser ativo, quer no cuidar quer na tomada de decisão relativamente ao familiar cuidado. A abordagem aos cuidadores deve potenciar os mecanismos de coping e desenvolver competências para o cuidado, através da utilização de estratégias para a diminuição de complicações, observadas pelos esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências do cuidar (Machado, 2012).

Tendo em conta a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem 2 [CIPE 2] (Ordem dos Enfermeiros, 2011), coping, é uma forma de gerir o stress e ter uma sensação de controlo e maior conforto psicológico (p.46). Frequentemente é difícil conseguir que o cuidador do idoso dependente, estabeleça uma estratégia de coping eficaz,



comprometendo o cuidado e a forma de lidar com os problemas, acarretando situações de sobrecarga (Machado, 2012).

#### 1.10- CUIDADOR INFORMAL COMO PARTE DO SISTEMA-MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman foca-se na interação existente entre o cliente e os agentes stressores que o envolvem. Tendo em conta o foco de intervenção e a influência dos agentes stressores no processo de capacitação dos cuidadores informais, entendeu-se pertinente a aplicação deste modelo (Carochinho, 2018).

O Modelo de Sistemas de Neuman apoia-se em três grandes teorias: a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria de Caplan e a Teoria de Stress de Selye. Trata-se de um modelo holístico, orientado para o bem-estar do utente e apresenta uma perspetiva dinâmica de sistemas de energia em constante interação com o meio ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). Este modelo enfatiza o papel do ambiente que engloba as forças internas e externas que circundam o cliente, estabelecendo-se uma ação recíproca de influências. Segundo Neuman existem três tipos de ambiente: O intra-sistema, ambiente interno relativo ao cliente enquanto sistema, o inter e extra-sistema, ambiente externo relativo a tudo o que se encontra à volta e é exterior ao cliente, e o ambiente criado de natureza ativa que funciona como uma estrutura de segurança e manutenção da harmonia do sistema. Segundo Njoku (2015), este é criado inconscientemente, funcionando como uma ponte da energia do sistema com o ambiente interno e externo.

Para Neuman & Fawcett, (2011), o cliente representa um sistema em constante interação com o ambiente, e combina as variáveis fisiológicas, socioculturais, psicológicas, de desenvolvimento e espirituais, moldando e condicionando esta interação de uma forma dinâmica. A interação equilibrada destas variáveis, em função da ação e influência dos agentes stressantes, molda e condiciona o grau de intensidade da reação entre estes, na natureza. Para estas autoras, o sistema é constituído por uma estrutura básica de energia, circundada pelas linhas: flexível de defesa, normal de defesa e as linhas de resistência. No centro encontra-se o núcleo onde constituído pelos recursos de energia

e que representa a fonte das cinco variáveis já referidas e também os fatores comuns de sobrevivência.

O Modelo de Sistemas de Neuman centra-se na resposta do sistema da pessoa aos agentes stressores de vária ordem, ambientais, reais ou potenciais e preconiza a utilização de intervenções de prevenção a nível primário, secundário e terciário visando a manutenção ou a obtenção do bem-estar ideal do sistema da pessoa. Para a autora a prevenção primária é aquela que protege o organismo antes que este entre em contato com o agente stressante enquanto a prevenção secundária e terciária são consequência do aparecimento destes agentes. A prevenção secundária atua na diminuição dos efeitos resultantes, através do tratamento ou diagnóstico precoce e a prevenção terciária na diminuição de todos os efeitos restantes.

Para que um indivíduo se mantenha num estado de equilíbrio, é necessário que lide com os agentes stressores, trocando e consumindo energia, tendo como objetivo alcançar ou manter um nível ótimo de saúde, preservando continuamente a integridade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Segundo Njoku (2015), o aumento progressivo do stress envolve uma necessidade de reajuste do sistema requerendo uma adaptação constante ao problema independentemente da sua natureza. O conceito de bem-estar deve ser entendido á luz deste modelo como um estado de permanente energia disponível que auxilia o cliente a manter o equilíbrio levando à manutenção da estabilidade e integridade do seu sistema (Njoku, 2015).

Cuidar de um idoso dependente pode entender-se como um sistema dinâmico numa rede de relações transformando continuamente os seus componentes. A primeira mudança ocorre entre o cuidador e a pessoa cuidada, por meio das experiências vividas e das novas aprendizagens. A segunda mudança é a adaptação a nova situação a ser vivida pelos intervenientes. Assim, na perspetiva do paradigma sistémico, o ato de cuidar é uma consequência da relação da pessoa do cuidador com a pessoa cuidada, existindo na construção de uma relação diária (Machado, 2012).

Para Freese (2002), o Modelo de Sistemas de Betty Neuman tem grande relevância na prática de enfermagem atual e futura, já que a sua utilização possibilita abordagens unificadas e uma visão holística do cuidar. Tratando-se de um modelo flexível, pode ser

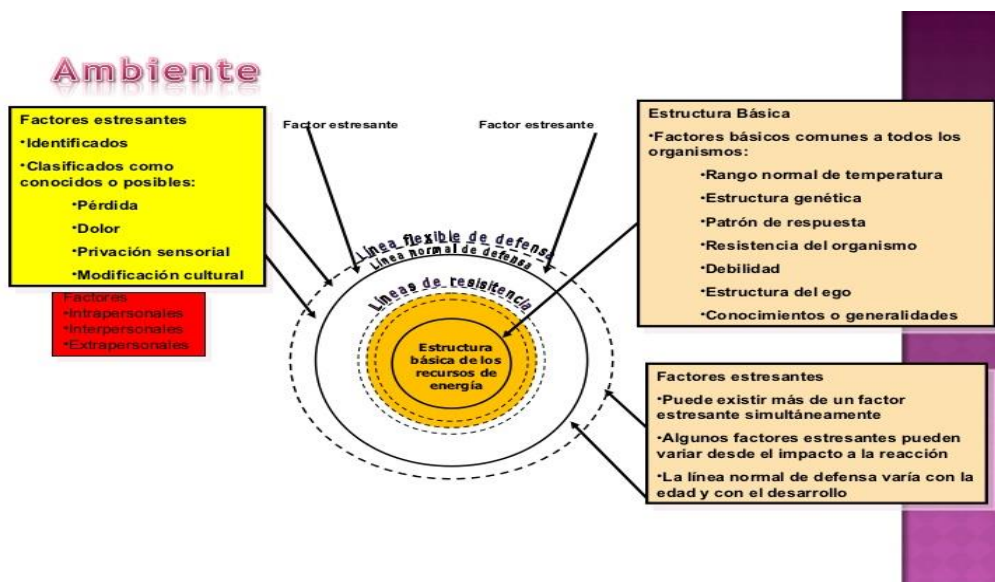
utilizado em diversas áreas de enfermagem, tais como: administração, educação e prática (George, 2000). É de realçar que a abordagem holística adotada pelo modelo, permite fácil aplicabilidade a pessoas que experienciam stressores complexos, tal como a perspetiva sistémica que o caracteriza possibilita aos enfermeiros que o aplicam, analisar e cuidar da unidade familiar como um só (Freese, 2002).

Compreender o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e poder inclui-lo na abordagem dos cuidados de Enfermagem, permite fazer um paralelismo entre os seus pressupostos e o tema do trabalho efetuado. A compreensão da abordagem sistémica traçada pelo Modelo possibilita perceber a complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade da família, e viabiliza a “(...) ampliação do foco de observação do indivíduo para a família, a compreensão da sua complexidade através das relações intra-sistémicas e inter-sistémicas; a aceitação dos seus processos de autoorganização e reconhecer a sua participação no sistema, pela validação de possíveis realidades.” (Figueiredo, 2013, p.2).

Com a adoção deste modelo, percebemos a vivência de um processo de saúde-doença por parte do indivíduo e da sua família, particularmente a vivência do cuidado a uma pessoa dependente, como um stressor que influenciará a linha de defesa normal e que terá como consequência uma reação por parte do sistema, que possibilitará à pessoa devolver um estado habitual de bem-estar. Para se atingir esse estado habitual de bem-estar serão aplicados os níveis de prevenção apresentados por Neuman (2011), implementando-se intervenções psicoeducativas (.....) e que se enquadram nos tipos de prevenção enumerados por este modelo, já que promovem a capacitação das famílias, potenciando os seus recursos e objetivando o alcance dos seus projetos em saúde.



Figura 1- Representação do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman



Fonte: <https://www.slideshare.net/Juliiom13/teoria-bety-neuman-59566345>



## **2- METODOLOGIA DE PROJETO**

Em Enfermagem, a investigação é um processo sistemático, científico e rigoroso que permite o desenvolvimento do conhecimento nesta área, dando resposta a questões ou resolvendo problemas em benefício dos indivíduos, famílias e comunidades. O conhecimento dado pela investigação em Enfermagem auxilia na produção e renovação contínuas do âmago de conhecimentos da disciplina, proporcionando a construção, através da identificação de saberes específicos e da evolução para a prática baseada na evidência, permitindo uma melhor qualidade nos cuidados e melhores resultados em saúde (International Council of Nurses, 1999 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A Metodologia de Projeto norteia este trabalho e define-se como um conjunto de operações explícitas que permitem uma representação antecipada e final de um processo de transformação do real que prevê uma mudança (Guerra, 1994 citado por Ruivo et al., 2010). É uma metodologia associada à investigação, traduzindo-se num método de análise e resolução de problemas, que conduz a aquisição de capacidades e competências de características pessoais na elaboração e concretização de um projeto numa situação real, advindo da necessidade de responder a um desejo ou resolver uma necessidade (Ruivo et al., 2010). Esta, baseia-se no conhecimento teórico cuja implementação acontece posteriormente na prática, por isso, pode dizer-se que representa uma ponte entre a teoria e a prática (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Permite uma aprendizagem importante e estabelece ligações com a realidade desenvolvendo competências fundamentais para a formação de alunos e profissionais representando um elemento relevante dentro da investigação e no desenvolvimento da profissão de Enfermagem (Ruivo et al., 2010). Esta metodologia promove uma prática fundamentada e baseada na evidência sendo constituída por cinco fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos

resultados obtidos (Ferrito et al., 2010) que serão apresentadas em associação às atividades desenvolvidas.

Este tipo de metodologia não impõe um determinado tipo de pesquisa, podendo optar-se por um de vários métodos. Para a elaboração deste relatório entendeu-se partir para uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que representa um método idóneo e sistematizado com rigor científico, por forma a melhor conhecermos a evidência sobre o problema escolhido. Esta metodologia de pesquisa possibilita sintetizar múltiplos estudos publicados e incorporar a evidência sobre um tema ou questão, de maneira sistemática e ampla, constituindo desta forma, um corpo de conhecimento disponível. Esta pesquisa é efetuada de uma forma organizada com o objetivo de aprofundar conhecimentos em determinado tema permitindo chegar a conclusões gerais no que diz respeito a uma área específica de estudo (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

Segundo Broome (2000), citado por Mendes, Silveira, Galvão, (2008), a revisão integrativa representa o método de revisão mais abrangente e possibilita a inclusão em simultâneo de pesquisa experimental e quase-experimental o que leva a uma compreensão mais ampla do tema de interesse utilizando dados de literatura teórica e empírica. Esta permite uma maior variedade no processo de amostragem tendo potencial para aumentar a abrangência das conclusões da revisão.

Para este estudo e considerando uma RIL, procedeu-se a uma criteriosa pesquisa bibliográfica sobre a temática “Intervenções do EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI”. Para os autores Cooper, 1984; Ganong, 1987; Beyea, 1998; Broome, 2000; Whittemore, 2005 citados por, Mendes, Silveira, Galvão, 2008, o processo de Revisão Integrativa da Literatura pode apoiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado ao indivíduo, mas é importante que as etapas utilizadas estejam bem definidas. Trata-se de um processo interativo em que o investigador pode rever e refinar a sua estratégia de pesquisa, bem como a questão de partida à medida que intensifica a sua pesquisa. Para os mesmos autores no processo de Revisão Integrativa é fundamental ter em conta seis etapas distintas, iguais aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional.

Para Mendes, Silveira, Galvão, (2008), a RIL proporciona aos profissionais de áreas distintas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados importantes de pesquisa que fundamentam a tomada de decisão, oferecendo um conhecimento crítico e agilizando a transferência do saber para a prática.

Serão apresentados de forma objetiva e sistematizada, os procedimentos realizados nas diferentes etapas da Metodologia de Projeto, através da consecução das seguintes fases: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução e a avaliação.

## 2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira fase o diagnóstico da situação visa identificar uma situação-problema detetado para se elaborar um modelo sobre o qual se pretende atuar e mudar (Ruivo et al, 2010). No que diz respeito aos cuidados de saúde e visando a promoção do estado de saúde da população em causa, deverá efetuar-se uma análise integrada das necessidades da população, procurando perceber-se e aproveitar os recursos existentes para assim, desenvolver estratégias e ações adequadas (Brissos, 2004, citado por Ruivo et al., 2010).

Nesta fase são definidos os problemas quer de índole quantitativa ou qualitativa, estabelecem-se as prioridades, as prováveis causas e são selecionados os recursos e grupos envolvidos (Ferrito et al., 2010). Para este autor, o diagnóstico de situação analisa o “(...) contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. Assim, deverá assumir um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo (...)”.

Para Ruivo et al (2010), para que a ação, isto é, a implementação de medidas pertinentes e resolutivas, ocorra em tempo útil, é necessário que o diagnóstico da situação seja efetuado num curto espaço de tempo.

Tendo como base o percurso profissional e as experiências significativas vivenciadas durante o Estágio I, aliado ao interesse pessoal e profissional de prestar cuidados para além do doente, também à sua família, foi realizado um investimento a nível de



conhecimentos e transmitido a motivação à Enfermeira Orientadora e Docente Orientador para investir na área da prestação de cuidados ao cuidador informal. Uma vez que a motivação para continuar a investir nesta área se manteve, ela foi expressa à Enfermeira Orientadora e Docente Orientador, no âmbito do Estágio Final.

Desta forma, foi considerado pertinente efetuar uma revisão bibliográfica acerca da temática escolhida, objetivando fundamentarmos sobre o tema, mobilizando conhecimentos e visando a sua utilização aliada à prática profissional.

Como referido no enquadramento concetual e teórico, através da revisão dos estudos verifica-se que nos últimos anos a sociedade tem sofrido diversas alterações devido ao crescente envelhecimento, aumento da longevidade e do nível de dependência bem como o aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes o que influencia quer a estrutura social quer a familiar, acarretando uma maior solicitação de apoios, tanto formais como informais (Martins, 2002).

Através da bibliografia consultada, constata-se que em 2017, em Portugal, o índice de dependência total situava-se em 54,7 (jovens e idosos) por cada 100 pessoas em idade ativa, valor para o qual contribuíam 21,4 jovens e 33,3 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2017), pelo que estes dados devem observados e analisados, pois têm implicações futuras nas políticas adotadas para a prestação de cuidados de saúde dirigidas às pessoas dependentes e seus cuidadores.

Verifica-se que em Portugal a família continua a representar a rede de suporte privilegiada e muitos doentes coabitam com pelo menos um familiar direto. Assim sendo, considera-se extremamente importante o envolvimento da família no processo de cuidar. (Alves, J., Almeida, A., Mata, M., Pimentel, M., 2017).

A saúde mental do cuidador é afetada pela exposição aos eventos desencadeantes de stress e para além disso, a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida da pessoa cuidada também podem ficar comprometidos (Trindade et al., 2017). Por isso as necessidades do cuidador informal do indivíduo com dependência devem ser corretamente avaliadas, implicando, por conseguinte, intervenções de enfermagem eficazes (Manoel et al., 2013; Melo et al., 2014).



É reconhecida a necessidade que as famílias têm em receber apoio e suporte, e a ausência de um plano estruturado de intervenção no local onde foi efetuado o Estágio Final e interesse demonstrado pela Enfermeira Orientadora e pela equipa incentivou o desenvolvimento de estratégias para cuidar do cuidador informal.

Tendo em conta o percurso profissional, as vivências no contexto do mestrado, mais especificamente no Estágio Final e tendo como base a revisão bibliográfica efetuada que foi promotora de interesse, definiu-se para o presente estudo a problemática: as intervenções do EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI.

Partindo dos pressupostos anteriores torna-se imperativo conhecer a população-alvo identificada quer na revisão bibliográfica, quer no contexto da prática profissional desenvolvida no Estágio Final à qual foram prestados cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Por população-alvo entende-se “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 311). A população-alvo definida, tendo em conta a problemática escolhida foram os cuidadores informais de doentes dependentes em ECCI, ou seja, a pessoa que assume o cuidado integral na totalidade e dedica o maior tempo por dia ao cuidado com a pessoa dependente e onde recaem todas as responsabilidades.

Para dar resposta à nossa problemática e para auxiliar na pergunta de pesquisa pelo acrónimo PICO (D) (P - População, I - Intervenção, C - Intervenção de Comparação, O - Outcome ou resultado esperado, D - Desenho ou tipo de estudo) surgiu a questão de partida:

Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI?

## 2.2- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos representa uma das fases fundamentais na Metodologia do Projeto, já que são os objetivos que mostram quais os resultados que se pretendem atingir (Mão de Ferro, 1999), assumindo também a função de nortear a ação subsequente. Para Nogueira (2005) a definição dos objetivos impõe uma descrição simplificada dos problemas identificados objetivando facilitar a delimitação do problema e procurando que a formulação dos objetivos seja clara.

Ruivo et al (2010), refere que os objetivos devem centrar-se na resolução do problema, apresentando quais os resultados a alcançar. Devem ser claros, precisos, exequíveis, mensuráveis e formulados em enunciado declarativo.

Assim definiu-se como objetivo geral:

-Identificar intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do cuidador informal, através da realização de uma RIL procurando a mais recente evidência acerca do tema.

Num trabalho de projeto considera-se importante definir também objetivos específicos (Mão de Ferro, 1999 citado por Ruivo et al., 2010). Como tal, foram definidos como objetivos específicos:

- Identificar as necessidades as manifestadas pelo cuidador informal decorrentes de evidência científica;

- Enumerar um conjunto de instrumentos de medida utilizados para avaliar a saúde mental do cuidador informal decorrentes de evidência científica;

-Planear uma proposta de intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica através da visita domiciliária aos cuidadores informais de doentes inscritos em ECCI.

### 2.3- PLANEAMENTO

A terceira fase da Metodologia de projeto é o planeamento, onde é efetuado um plano detalhado do projeto e é nesta fase que se definem as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo, os definidos métodos e técnicas de pesquisa e o respetivo cronograma (Hungler et al., 2001, citado por Ruivo et al., 2010).

A enfermagem como ciência, faz cada vez mais uso da Prática Baseada na Evidência (PBE) na sua prática profissional na tomada de decisão clínica, oportuna, adequada e significativa para as pessoas ou comunidades. Implica capacitar o enfermeiro na procura de estratégias de desenvolvimento e atualização de pesquisas na prática, com o objetivo de esbater a diferença entre teoria, prática-pesquisa e cuidar. Desta forma, funciona como uma ferramenta de trabalho do enfermeiro de dimensão da prática, que possibilita aperfeiçoar a qualidade do trabalho do profissional de enfermagem (Pedrolo, et al., 2009).

Para a recolha de evidência científica acerca da temática em estudo, o método utilizado foi a RIL. Através da mesma procurámos conhecer os resultados da evidência e incorporar esse conhecimento tornando-o útil para a prática clínica. Por forma a corresponder ao rigor, idoneidade e sistematização que a RIL implica, foi decidido recorrer à abordagem adotada pelo Joanna Briggs Institute (JBI) realizando as seguintes seis etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) categorização dos estudos e definição das informações extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação/discussão dos resultados; 6) apresentação/síntese do conhecimento disponível (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

Tendo em conta a temática proposta, foi construída uma questão de partida. Uma boa questão de partida permite alcançar as informações que são necessárias para a resolução do problema a pesquisar, maximiza a pesquisa na base de dados filtrando os resultados e evita perdas de tempo. A questão de partida formulada foi: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que promovem a saúde mental do familiar cuidador, do doente em ECCI?”.



A questão de partida foi formulada com base na metodologia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Resultados) sendo, portanto, o objetivo deste estudo reconhecer as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que promovem a saúde mental do familiar cuidador, do doente em ECCL.

A pesquisa para este trabalho foi realizada em bases de dados científicas e motores de busca, nomeadamente na EBSCO e B-ON. Foram utilizados os descritores: nursing intervention, caregiver informal, dependent person, descritores estes, validados através da sua consulta na plataforma DeCS e MeSH. A pesquisa foi realizada em novembro de 2019.

Para a seleção dos artigos utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos com texto completo, gratuito, com o limite temporal de 1/1/2014 a 30/11/2019, idioma inglês, analisado por pares e sem expansores. Foi posteriormente restringido o campo de pesquisa por assunto, através das palavras caregivers, quality of life e burden of care. Posteriormente foi efetuada uma leitura dos títulos, resumo, metodologia, resultados, conclusão, em que foram excluídos os artigos que não respondiam à questão de partida, tendo-se chegado a 4 artigos. Foram incluídos estudos de natureza quantitativa, disponíveis em bases de dados com texto integral, em língua inglesa e portuguesa, traduzindo-se numa Revisão Integrativa de Literatura.

O The Joanna Briggs Institute, que colabora internacionalmente com mais de 70 entidades em todo o mundo, promove e apoia a síntese, a transferência e a utilização de evidências por meio da identificação de práticas de saúde viáveis, apropriadas, significativas e eficazes para auxiliar na melhoria global dos resultados de saúde.

Procedemos à apreciação crítica da evidência qualitativa, cujo foco de apreciação é o rigor do desenho da pesquisa e qualidade do relato. Foi tido em conta a congruência entre a posição filosófica adotada no estudo, a metodologia do estudo, métodos de estudo, representação de dados e interpretação dos resultados; a explicitação do grau de vieses do pesquisador; a relação entre os relatos dos participantes e as conclusões realizadas. A apreciação das evidências qualitativas baseia-se na interpretação de dados feita pelo pesquisador e na apresentação das perspectivas dos participantes, resultando em três níveis de plausibilidade: inequívoco, plausível e não suportado. Assim, através dos



instrumentos do The Joanna Briggs Institute (JBI), nomeadamente, o JBI-Levels of Evidence (2013), JBI Grades of Recommendation (2013) e as checklist's do Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews (2015, 2017), evidenciando-se no quadro seguinte o nível de evidência e o grau de recomendação de cada um. Os quatro estudos escolhidos foram integrados no nível plausível.

Na figura nº.2 apresentamos o diagrama de fluxo de seleção e eliminação de artigos:

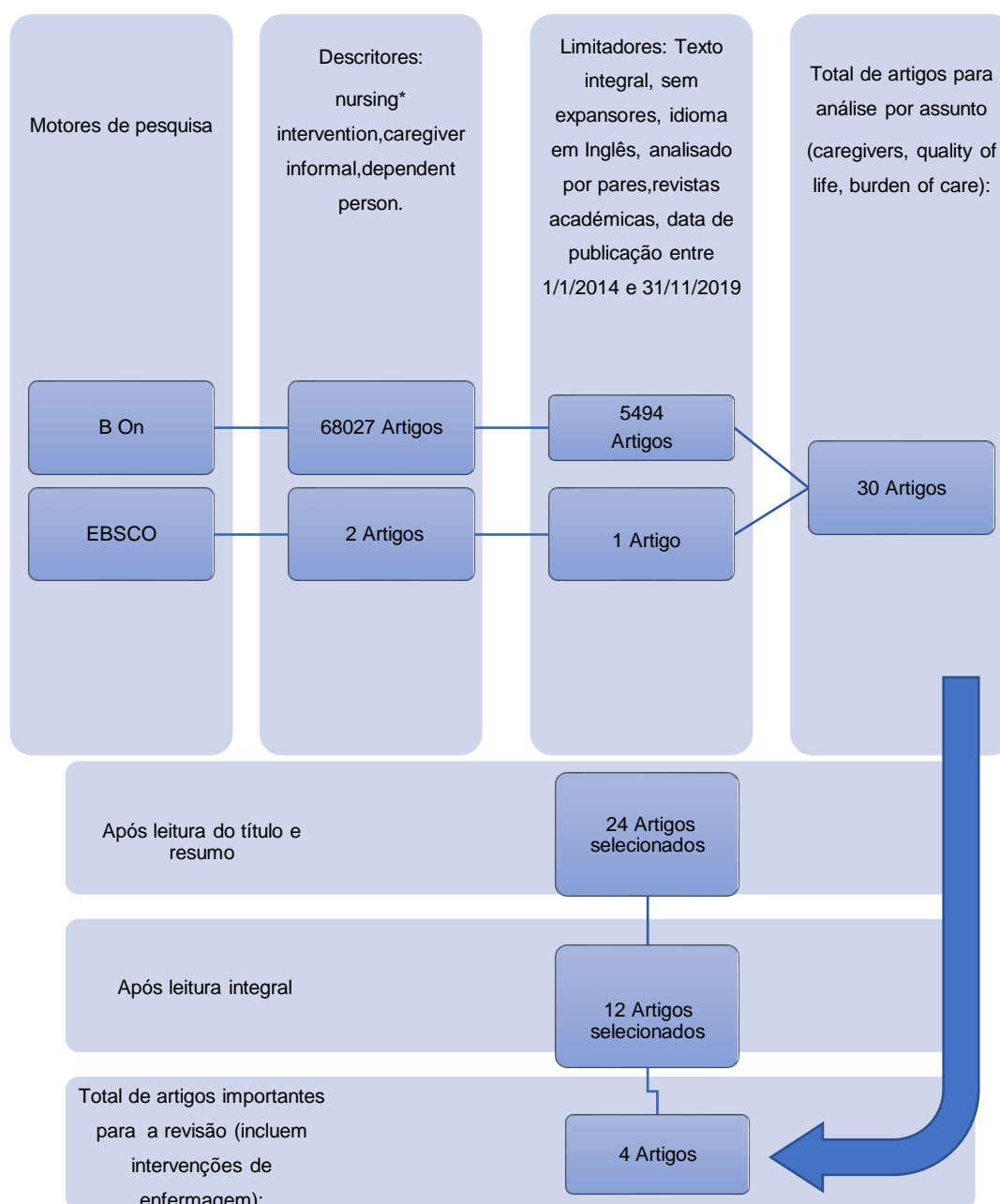


Figura nº.2- Diagrama de Fluxo

Os estudos que foram incluídos na presente RIL encontram-se descritos no Quadro nº.1, tendo sido extraídos os itens: nome dos autores, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo do estudo e grau de evidência, participantes e resultados (Apêndice1).

Os 4 artigos analisados são provenientes de Itália n=1, Espanha n=2, Roménia n=1, e Brasil n=1. A metodologia utilizada foi predominantemente estudos randomizados e controlados e as amostras variam entre 20 e 240 cuidadores informais. Da síntese das intervenções de enfermagem identificadas na revisão integrativa, verificou-se existir um leque diversificado de estratégias que devem ser equacionadas no apoio ao cuidador informal, visando um objetivo final que será a promoção da sua saúde mental.

A participação no estudo Alzheimer`s Café mostrou uma redução a nível do isolamento social que se verifica junto de pessoas com demência e dos seus cuidadores, pois permitiu aos participantes adquirir conhecimentos sobre a doença, melhorar habilidades de comunicação, trocar experiências com pessoas na mesma situação, discutir formas de lidar com os problemas, e portanto parece ser benéfico para o bem-estar total, vitalidade e carga emocional de toda a família envolvida. O Alzheimer`s Café pode auxiliar as famílias de doentes com Alzheimer a gerir a doença e retardar a institucionalização. Neste projeto o objetivo foi educar sobre sintomas da doença, discutir abertamente o problema e tornar a doença aceitável para cuidadores e doentes.

O programa SHARE pretendeu demonstrar que a sua implementação trará uma redução a nível da sobrecarga e uma melhoria na qualidade de vida dos familiares dos cuidadores. Também é esperado que o doente melhore a sua capacidade funcional e que os reinternamentos diminuam. Estudos anteriores sugeriram a implementação de intervenções junto dos cuidadores, no seu contexto, proporcionando educação, com o intuito de desenvolvimento de capacidades técnicas e apoio emocional são eficazes na diminuição da carga e por sua vez na melhoria da qualidade de vida. Os resultados demonstraram efeitos positivos das intervenções no domicílio, quer para os doentes quer para os cuidadores e também a nível dos sistemas de saúde, uma vez que reduzem o uso dos serviços e os reinternamentos. Este programa de intervenção educacional em contexto domiciliário, incluiu orientação e ensino nas atividades de vida diárias, utilização dos

serviços de saúde, orientação relativa à doença, apoio emocional e fornecimento de material educacional.

No estudo efetuado em Espanha, com o objetivo de testar a eficiência de um programa de educação para a saúde para cuidadores de pessoas dependentes, não ficou provada a melhoria na qualidade de vida do cuidador nem a sua perceção de redução da sobrecarga, o que é contraditório, tendo em conta estudos anteriores que encontraram efeitos positivos moderados nas dimensões conhecimentos sobre o cuidado, sobrecarga, sintomas depressivos, bem-estar pessoal e satisfação. Apesar disso, provou-se que a intervenção incrementou o conhecimento dos cuidadores. A literatura mostrou grande dificuldade na realização de intervenções verdadeiramente efetivas dependendo do tipo de intervenção efetuada, duração da mesma, tipo de população-alvo, estratégias de recrutamento, objetivos e variáveis medidas.

O estudo europeu, realizado em Espanha e Roménia, colocou a hipótese de que a utilização regular da plataforma TV-AssistDem traz melhoria na qualidade de vida da pessoa doente e seus cuidadores informais. Esta intervenção baseada na TV doméstica é única e apresenta ampla acessibilidade para o doente e cuidador, sendo integradora da qualidade de vida de ambos. Os serviços fornecidos são um calendário de lembretes, monitorização de saúde e transmissão dos dados para um servidor de saúde, videoconferência, estimulação cognitiva, reminiscência e educação para a saúde. A televisão constitui uma forte implantação doméstica junto da população idosa o que garante a implementação deste aplicativo, bem como apresenta forte potencial para melhorar o acesso aos serviços de saúde e suporte para aqueles cujos serviços-padrão não dão resposta. A TV-AssistDem fornece uma intervenção multicomponente que tendo em conta estudos anteriores é mais eficiente do que as intervenções de foco único.

A bibliografia consultada permite-nos reconhecer que os cuidadores informais evidenciam um conjunto de necessidades que devem funcionar como focos privilegiados de atenção e intervenção por parte dos enfermeiros. Para Melo et al. (2014), as intervenções devem ser orientadas com o objetivo de satisfazer essas necessidades e visando no final a obtenção de ganhos em saúde e o bem-estar dos cuidadores.

Segundo Sequeira (2010), as dificuldades com que os cuidadores se deparam são de várias ordens, desde problemas relacionais, restrições sociais, reações ao cuidar e apoio familiar. Outros autores referem dificuldades a nível da exigência do cuidado, insuficiência das respostas formais e informais, problemas financeiros e restrições sociais.

As consequências da não satisfação dessas necessidades podem ser ansiedade, stress e/ou sobrecarga, traduzindo-se em alterações para os próprios, família e sociedade. As necessidades evidenciadas por diversos estudos, pode dizer-se serem transversais e incluem o domínio dos recursos comunitários e sociais, conhecimentos e aprendizagem de habilidades, significado pessoal, crenças e atitudes e ainda o domínio socioeconómico (Melo, 2014).

Através do conhecimento das necessidades dos cuidadores informais poderemos perceber que estas irão conduzir à futura intervenção do EESMP. Estas podem estar relacionadas com o conhecimento, com a gestão de sintomas de ansiedade ou depressão, gestão relacional quer familiar quer social, falta de apoio institucional/formal e desenvolvimento de estratégias de coping, resolução de problemas e estratégias de tomada de decisão (Ferré-Grau et al., 2017).

A evidência mostra que com base nas necessidades dos cuidadores surge a avaliação diagnóstica por parte do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

## 2.4- EXECUÇÃO

A fase de execução possibilita a materialização de um desejo construído mentalmente para se tornar uma situação real (Carvalho et al., 2001; Nogueira, 2005, citados por Ruivo et al., 2010). Permite a realização da vontade e necessidades através das ações planeadas e assume uma importância relevante para os participantes do projeto (Ruivo et al., 2010). Requer que sejam mobilizados meios através dos quais seja feita a procura de dados, informações e documentos que visem a resolução do problema identificado (Castro et al., 1993; Carvalho et al., 2001, citados por Ruivo et al., 2010).



No seguimento do planeamento anterior que consistiu na recolha e tratamento de dados decorrentes da RIL, importa efetuar a preparação da ação que se pretende desenvolver tendo em vista a resolução do problema que se pretende solucionar. (Leite et al., 1989, citado por Ruivo, 2010). Neste subcapítulo prevê-se a apresentação de uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tendo como orientação as intervenções do EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal.

Tendo em conta a análise de dados e resultados dos nossos estudos e no sentido de dar resposta a pergunta PICO, foram identificadas nos estudos intervenções relacionadas com a educação para a saúde, desenvolvimento de capacidades técnicas, gestão emocional e utilização dos serviços de saúde que se evidencia terem efeitos benéficos nos cuidadores, quer ao nível do bem-estar, gestão da doença, redução da sobrecarga com efeito evidente na melhoria da qualidade de vida e também no melhor acesso aos serviços de saúde.

Pareceu-nos pertinente a estruturar a proposta de cuidado baseada na formulação de diagnósticos de Enfermagem decorrentes da avaliação das necessidades dos cuidadores informais, e que estão de acordo com as descritas pela literatura, nos artigos científicos incluídos na RIL realizada, integrando parte da evidência científica disponível.

Apresentaremos os diagnósticos de Enfermagem formulados de acordo com a CIPE versão 2015 considerando as intervenções terapêuticas importantes que o EESMP terá em atenção na abordagem ao cuidador informal e dando resposta à pergunta de investigação e aos objetivos traçados.

O SClínico é o sistema eletrónico mais utilizado para os registos de enfermagem, sendo que a taxonomia usada é a CIPE® (2011). Neste referencial teórico, nomeadamente diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções foram integrados conceitos da referida taxonomia. Assim, na linguagem CIPE®, a pessoa prestadora de cuidados à pessoa dependente é denominada por Prestador de Cuidados (PC), e não Cuidador Informal (CI) como o tem vindo a ser referido neste trabalho. Esta linguagem permite depois da formulação de diagnósticos estabelecer intervenções e avaliar resultados aos cuidados de enfermagem. Os focos identificados para o prestador de cuidados foram

Interação de Papéis como Prestador de cuidados e Adaptação como o Stress do Prestador de Cuidados Informais (CIPE, 2011).

Para além da taxonomia CIPE® (2011) versão 2, e a referência a Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental de Amaral (2010), entendemos ser pertinente utilizar o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, OE (2018). Tendo sido criado por EESMP é exclusivo para a atuação destes e sustenta-se na metodologia de consensos de peritos, no entanto requer exposição à evidência científica, já que não se pode fundamentar em documentos existentes no nosso país. (Costa, et al., 2018) Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da OE.

## 2.5- AVALIAÇÃO

No âmbito da Metodologia de Projeto, a presente fase é caracterizada pela sua continuidade e permite efetuar uma retrospectiva cujo objetivo é facilitar a redefinição da análise da situação, redefinição de objetivos, ação, meios e análise resultados (Leite, Malpique & Ribeiro dos Santos, 1989).

Nesta última fase podem diferenciar-se vários momentos, apesar disso, a avaliação é feita de forma continua e deve fornecer os elementos necessários para intervir de forma a melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia (Leite et al., 1993; Carvalho et al., 2001, citados por Ruivo et al., 2010).

A avaliação final assume um papel preponderante uma vez que obriga à verificação dos objetivos inicialmente traçados (Leite et al., 1989).

Segundo Nogueira (2005), esta fase implica uma reflexão acerca de possíveis alterações que devem ser realizadas após o Projeto, deve ser avaliado se os resultados encontrados respondem à problemática inicial, devem identificar-se os pontos positivos e negativos, identificar as questões levantadas com o Projeto e que podem representar futuras temáticas para novos projetos.

“...a avaliação pressupõe um processo contínuo na determinação dos efeitos que as intervenções de enfermagem tiveram no estado de desequilíbrio da pessoa, relativamente aos resultados esperados” (Amaral, 2010).

Tendo em conta a questão de investigação – Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI.?, a evidência mostrou que através das necessidades dos cuidadores, conseguimos efetuar a avaliação diagnóstica, para posteriormente efetuar a proposta de intervenção, tendo em conta as intervenções encontradas e respondendo à pergunta PICO(D).

Dos quatro estudos encontrados as intervenções aplicadas com o cuidador informal destacam-se as sessões educativas, intervenção individual com aconselhamento psicoterapêutico e programas de suporte e promoção da saúde ao cuidador informal.

Nesta etapa da metodologia de projeto, pode referir-se que foi alcançado o objetivo definido: realizar uma RIL, procurando a mais recente evidência sobre as intervenções do EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente dependente e que servirá de base para a realização de uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a esta população. A elaboração da proposta incorrerá da formulação de diagnósticos de Enfermagem decorrentes da avaliação das necessidades dos cuidadores informais de pessoas dependentes, a quem prestamos cuidados, concordando com as descritas pela literatura, nos artigos científicos incluídos na RIL, que são parte da evidência científica disponível, assim como, nas sugestões presentes na literatura acerca do tema estudado.

## 2.6- RESULTADOS

A divulgação dos resultados difunde informação acerca dos “(...) esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições.” (Ferrito et al., 2010, p.31).

Assim sendo, o presente relatório de Mestrado será alvo de prova pública perante júri, e a RIL efetuada acerca das intervenções EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI, cuja publicação será requerida na comunidade científica, contribuirão como elementos de divulgação de resultados. De referir também, que entendemos existir a necessidade de se efetuarem mais estudos nesta área, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



### **3- CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

Por forma a entender o enquadramento do desenvolvimento profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, apresenta-se a análise de cada contexto de trabalho tendo em conta o sexto enunciado dos padrões de qualidade da Ordem do Enfermeiros- Organização dos cuidados de Enfermagem (OE, 2011).

#### **3.1- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA**

O estágio, realizado no Serviço de Psiquiatria de um Hospital localizado no centro do país, assegura a prestação de serviços e cuidados no âmbito da saúde mental à população da sua área de geográfica. Este serviço encontra-se em funcionamento desde 2002, sendo que o internamento de psiquiatria- agudos funciona desde 2007. Este serviço de psiquiatria é constituído por quatro valências: a consulta externa, o hospital de dia, o internamento e a urgência (CHMT, 2013).

A Psiquiatria deste centro hospitalar “... orienta a prestação de cuidados de saúde tendo por base uma gestão assente nos princípios de bom governo visando a satisfação dos utentes e colaboradores, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e procurando a sustentabilidade económica, social e ambiental” (CHMT 2012, p1).

Neste serviço estão definidas as fases de planeamento e controlo do processo na prestação de cuidados. A realização e também o controlo da prestação de serviços é monitorizada através do Sistema de Gestão da Qualidade que possibilitam também uma avaliação da qualidade da prestação de cuidados e das competências da equipa (CHMT, 2012).

A organização dos cuidados de enfermagem procura permanentemente a excelência no exercício profissional. Os cuidados assentam no REPE, e as competências do enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe ou funções de chefia respeitam o decreto-lei nº 247/2009 de 12 de setembro ou o decreto-lei nº 248/2009 de 12 de setembro consoante os casos, tendo como objetivo a satisfação das necessidades dos utentes (CHMT, 2013).

É tida em conta a qualidade, respeitando e cumprindo os requisitos aplicáveis para a melhoria contínua da eficácia do sistema de gestão da qualidade (CHMT, 2012). A monitorização dos cuidados de enfermagem é efetuada através de registos informáticos, utilizando linguagem CIPE e elaborados no programa SClínico. Estes registos permitem a monitorização dos cuidados prestados, assim como os ganhos em saúde para os utentes (CHMT, 2013).

Este serviço de Psiquiatria de acordo com as recomendações da OMS citado no Regulamento do Serviço de Psiquiatria deverá dispor de uma equipa composta por 27 enfermeiros, no entanto, atualmente apenas dispõe de 18 Enfermeiros (CHMT, 2013).

O serviço de Psiquiatria desenvolve um programa de investigação em saúde mental tendo protocolos de articulação que comportam estágios de enfermagem para a prática cuidados gerais e especializados em saúde mental e psiquiatria (CHMT, 2013). A metodologia que garante a continuidade e a qualidade dos cuidados de enfermagem assenta na comunicação / articulação do Serviço de psiquiatria com as estruturas comunitárias (CHMT, 2012).

### 3.2- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALCANENA

O Concelho de Alcanena encontra-se situado no distrito de Santarém e representa uma área geográfica de 127,8 Km<sup>2</sup>, contando atualmente com uma população aproximada de 15 mil habitantes, distribuídos por dez freguesias. Este concelho tem como principal atividade a indústria dos curtumes, representando a sua base económica,

seguindo-se a indústria têxtil que assume de igual forma um papel fulcral na economia local e regional (INE, 2011). No Centro de Saúde de Alcanena estão inscritos 12844 utentes.

Segundo a ACES Serra d'Aire (2010-2019), a Unidade de Cuidados na Comunidade de Alcanena (UCC) tem por nome Unidade de Cuidados na Comunidade de Olhos de Água pois situa-se entre o Maciço Calcário Estremenho e a Bacia Terciária do Tejo e tem como objetivo potenciar as capacidades dos indivíduos, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis, independentemente do seu ciclo de vida (ACES Serra d'Aire, 2010).

Segundo o Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro art.º 11º, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), têm como objetivo prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social no contexto domiciliário e comunitário, particularmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que impliquem acompanhamento próximo, e têm também papel na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Para a ACES Serra d'Aire (2010-2019) a promoção da saúde é prioritária e envolve a articulação entre a UCC, as diferentes unidades funcionais e a comunidade. A missão da UCC Olhos de Água centra-se na melhoria da saúde da população, através da prestação de cuidados de proximidade no domicílio, escolas, locais de trabalho e comunidade, aos indivíduos, famílias e/ou grupos vulneráveis. Tem ainda como objetivo obter ganhos em saúde, pelo que a sua atuação, rege-se pelos padrões de qualidade técnico-científica, através da promoção de valores tais como a acessibilidade e a satisfação dos utentes. Para além disso, participa ainda na formação de profissionais, nos seus diversos estádios bem como na formação contínua (Regulamento interno UCC-maio, 2011).

O instrumento utilizado para a organização e funcionamento das UCC e que permite o acompanhamento das atividades e a sua avaliação é o plano de ação. A equipa técnica multidisciplinar é composta por técnicos especializados em diferentes áreas tais como enfermeiros, assistente social, médicos, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidades de recursos. A UCC é uma unidade funcional que trabalha no âmbito comunitário com uma equipa



multiprofissional em articulação com as demais equipas funcionais de um ACES e participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da equipa coordenadora local (Regulamento interno UCC-maio, 2011).

Os valores pelos quais se rege a UCC Olhos de Água são o respeito pela pessoa humana- crenças, etnia, idade, género, etc., salvaguarda dos direitos e autonomia do indivíduo, organização dos serviços segundo as necessidades dos utentes, cooperação e articulação com outras unidades funcionais, incentivo de parcerias com estruturas da comunidade e promoção da solidariedade e trabalho em equipa.

A UCCOA está organizada por equipas de intervenção multidisciplinares tais como intervenção com grupos, intervenção na comunidade, equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), e intervenções em parceria. Os seus programas e projetos visam abordar a pessoa tendo em conta o seu ciclo de vida e a comunidade em que se insere.

Dos vários programas desenvolvidos pela UCCOA destacam-se:

Na equipa de intervenções com grupos:

- Nascer com saúde;
- Crescer com segurança;
- Saúde Escolar;
- Uma juventude à descoberta de um futuro saudável;
- Um envelhecimento ativo.

Na equipa de intervenções na Comunidade:

- Uma vida Ativa Produtiva;
- Acolher o Doente Mental (articulado com todos os programas de promoção e prevenção, acompanha e monitoriza utentes que realizam medicação neuroléptica injetável indo de encontro à missão estabelecida no Plano Nacional de Saúde Mental (DGS- PNSM, 2017), promovendo a descentralização dos serviços de saúde mental, permitindo uma prestação de cuidados de proximidade da pessoa e facilitando a participação da comunidade, dos utentes e das suas famílias);
- Rastreios em Saúde;



- Voz da Saúde.

A equipa de Cuidados Continuados Integrados está inserida na equipa nuclear da UCC. Esta considera a família- pessoa, familiares, cuidadores informais e vizinhos, como contexto e unidade de intervenção. A referenciação dos utentes é efetuada por qualquer pessoa da comunidade e sua inscrição para a ECCI efetuada por assistente técnico ou profissionais da UCCOA ou pela própria pessoa.

A referenciação Equipa Coordenadora Local (ECL) é efetuada através da aplicação informática da RNCCI. Os profissionais da ECCI (enfermeiros, médicos ou assistente social) têm a responsabilidade de introduzir os dados no sistema informático e enviar à ECL e é esta que integra a pessoa na tipologia ECCI.

As visitas domiciliárias podem ser desencadeadas por uma qualquer intercorrência relacionada com o problema de base ou outro, ou então podem ser programadas e a sua periodicidade deverá ser determinada pela equipa tendo em conta as necessidades de cuidados da pessoa, sendo discutida com a pessoa /família, em função dos objetivos traçados. O plano individual de intervenção deve ser elaborado pela ECCI quando o utente integra a RNCCI.

Além disso, esta equipa efetua reuniões semanais para discutir os casos, organizar o trabalho no fim-de-semana, efetuar a articulação interprofissional, aferir métodos de trabalho e discutir e resolver problemas.

Na equipa de Intervenções em parceria com outras entidades fazem parte:

- IP (Intervenção precoce);
- NACJR (Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco);
- CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens);
- Rede social e o RSI – Rendimento Social de Inserção

Estas parcerias respondem ao PNSM (Ministério da Saúde, 2012) e propõem a melhoria dos serviços ao nível dos cuidados de saúde primários nestas áreas, devendo estes articular-se e ser parceiros de outras estruturas da comunidade (tais como, serviços sociais, escolas e jardins de infância, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, instituições de acolhimento para crianças em

risco, projetos de intervenção psicossocial local). Estes projetos procuram integrar os cuidados de saúde nas respostas da comunidade, sendo esta uma importante mudança de paradigma da Psiquiatria no séc. XXI, potenciando-se o capital social disponível para a promoção de saúde mental e combate à doença mental (Moita, 2014).

A formação contínua é uma aposta desta UCC, indo de encontro ao Referencial de Avaliação para a idoneidade formativa que é a política de formação contínua de enfermeiros como forma de promover o desenvolvimento profissional e da qualidade (Regulamento nº 167/2011). No Plano de Ação para cada programa específico da UCC são apresentados objetivos, indicadores e metas a atingir.

A UCC pretende também desenvolver projetos de investigação e desenvolvimento, por forma a que os resultados possam apoiar os diferentes programas, no seu planeamento, na sua execução e na sua avaliação. Desta forma, consideram essencial a prática clínica baseada na evidência científica, assegurando melhores cuidados de saúde às pessoas, visando a excelência e a inovação (ACES Serra de Aire, 2010).

A escolha da realização do Estágio Final numa UCC prendeu-se com o fato de estas serem consideradas um dos grupos que melhor conhece e que mais tem contato com os utentes e sua rede familiar, já que permanentemente entram no contexto domiciliário tendo noção do desgaste associado ao cuidar do indivíduo dependente acarretando a mudanças na sua saúde física e mental, com consequências na qualidade dos cuidados que presta. A nível nacional verifica-se um aumento do número de indivíduos dependentes pelo que se verifica um incremento nas necessidades de apoio domiciliário.

A integração dos EESMP a nível comunitário é fundamental e estes podem atuar na prevenção e deteção precoce de alterações na área de saúde mental em qualquer contexto. A intervenção do EESMP verifica-se na identificação das necessidades na comunidade, elaboração de diagnósticos e intervenções adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida da população. Com o cuidador informal deve delinear intervenções terapêuticas com o objetivo de promover a sua saúde mental e capacitá-lo para situações de stress e sobrecarga, decorrentes do cuidar do doente dependente.

A cada doente inscrito na RNCCI associa-se um cuidador informal que verificámos serem familiares que coabitam com o doente e que assumem todos os cuidados, ocupando

grande parte do dia no cuidado, percebendo-se na sua grande maioria a necessidade de uma intervenção especializada na área da saúde mental.

Após discussão com a enfermeira orientadora e com a restante equipa, entendeu-se ser pertinente a intervenção do EESMP junto do doente dependente e o seu cuidador informal. Como tal e por forma a definir a população-alvo para sujeitar à intervenção, escolheu-se o cuidador informal do doente dependente inscrito em ECCI. O planeamento de uma visita domiciliária teve em conta a dificuldade de deslocação dos cuidadores ao Centro de Saúde e também se percebeu ser inapropriada a deslocação dos mesmos deixando o seu familiar no domicílio.

#### **4- ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS/COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Para estar habilitado na prestação de cuidados de enfermagem especializados em determinada área, o enfermeiro especialista precisa desenvolver determinadas competências. O atual percurso formativo tem a finalidade de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP, assim como de Mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Competência pode ser definida segundo Fleury & Fleury (2001. p.188) como “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”.

Cada profissional constitui-se como agente de mudança e depende de cada um o desenvolvimento das competências, na procura dos seus saberes- aplicação de conhecimento a determinada problemática, contextos de cuidados que o influenciam e são influenciados. (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Para a OE, 2011, através do Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2011) enfermeiro especialista define-se por:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º. 122/2011, 2011)

O enfermeiro especialista é um profissional com um curso de especialização em enfermagem, a quem é reconhecido competência científica, técnica e humana, para



prestar cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados em determinada área de especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro do REPE).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 publicado em Diário da República n.º.157/2018, 1ª Série. N.º 157 de 16 de agosto de 2018, prevê-se que o grau de Mestre seja conferido aqueles que demonstrem um conjunto de conhecimentos, saberes, capacidades e competências enunciadas pelo mesmo, que posteriormente serão apresentados.

Neste capítulo será efetuada a análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento das várias competências: competências comuns do EE, competências específicas do EESMP e finalmente as competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo em conta as atividades desenvolvidas.

#### 4.1-COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE

Todos os enfermeiros especialistas partilham as denominadas competências comuns tendo em conta a sua área de especialidade. Estas são evidenciadas pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, do Diário da República p. 4765).

Segundo a OE podem ser definidos quatro domínios de competências que são comuns ao enfermeiro especialista, conforme o previsto no Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019).

##### **“A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

##### **A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.**

A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.

A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.

A1.3 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.

A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

**A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos

A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

**B — Domínio da Melhoria da Qualidade**

**B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.**

B1.1 — Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.

B1.2 — Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

**B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.**

B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.

B2.3 — Lidera programas de melhoria.

**B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.**

B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

**C — Domínio da gestão dos cuidados**

**C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.**

C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

**C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.**

C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

#### **D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

##### **D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade.**

D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”

Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019)

## **4.2-COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP**

As competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental formam, em conjunto com o perfil das competências comuns, um leque de competências clínicas especializadas e que são:

- F1- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- F2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- F3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- F4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427).

#### 4.3- ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS

No percurso dos estágios, Estágio I e Estágio Final foram sendo desenvolvidas atividades que permitiram o desenvolvimento das competências comuns, competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, assim como às competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP e que serão descritas no presente capítulo.

Em Portugal os enfermeiros regem a sua conduta profissional tendo como base o Código deontológico dos Enfermeiros e o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), sendo a ética uma orientação para a tomada de decisão. A tomada de decisão surge da relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa/família e comunidade, dando resposta ao problema e baseando-se na análise de princípios e valores (Deodato, 2014).

As atividades desenvolvidas tiveram em conta o respeito pela vontade dos utentes, tendo sido solicitado o seu consentimento verbal para a participação em cada atividade, o que vai de encontro à **competência comum do enfermeiro especialista relativamente ao desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal (competência A1, A2)**.

Serão descritas em seguida as atividades desenvolvidas em contexto de estágio que entendemos serem demonstrativas do desenvolvimento e aquisição de competências, sendo elas: projetos de aprendizagem, estudo de caso, planos de cuidados, registos de enfermagem, reflexão crítica, portfólio de aprendizagem, sessões de relaxamento, atividade física, psicoeducação- saúde mental positiva, intervenções breves no alcoolismo, emoções, biblioterapia, visita domiciliária, sessões saúde mental em contexto escolar acerca de vários temas ( alimentação, assertividade, tabaco, sono, bullying, combate ao estigma) e saúde mental da mulher ( preparação para o parto e pós parto). Também a elaboração de um artigo científico, através da metodologia de projeto, bem como a participação em congresso e jornadas da área da ESMP permitiram o desenvolver e adquirir competências importantes.



### 4.3.1 Projetos de aprendizagem

Precedendo os Estágio I e Estágio Final foram efetuados os projetos de aprendizagem, que representam uma ferramenta essencial para a estruturação e concretização de objetivos pessoais, profissionais e académicos, e instrumento de trabalho, permitindo orientar as atividades a desenvolver. Estes projetos possibilitam ajustes por forma a adaptar-se aos desafios que vão aparecendo. Pode dizer-se que são dinâmicos e flexíveis. A realização destes pode enquadrar-se nas competências comuns do eixo **B1.1- Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.**

### 4.3.2 Estudo de caso

Esta metodologia de investigação é aplicada na prática de cuidados de enfermagem, e tem como finalidade estudar os problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade, permitindo que os enfermeiros estudem a melhor estratégia para resolver ou reverter os problemas identificados. O estudo de um caso possibilita que o estudante adquira conhecimento e experiência através da observação, compreensão, descrição e análise reflexiva de uma situação real, que serão importantes na tomada de decisão frente a novas situações observadas (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

No estágio I, realizado no contexto de internamento de psiquiatria, foi realizada a colheita de dados do utente e através desta foram identificadas as suas necessidades, estabelecendo-se uma relação terapêutica com a pessoa, promovendo a privacidade e confidencialidade relacionadas com o respeito pela sua individualidade.

O estudo de caso selecionado teve em atenção o interesse despertado, o utente apresentar alterações relacionadas com os conteúdos teóricos abordados durante este mestrado e também a previsão de o utente vir a estar internado durante um período de tempo significativo. Procurou a reflexão sobre um determinado caso, possibilitou o desenvolvimento de atividades e finalmente concluir criticamente sobre os resultados, isto é, se ajudou a resolver/minimizar os problemas identificados, tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, tentando

perceber a eficácia das intervenções, com o objetivo de alterar o estado de diagnóstico do identificado, obtendo desta forma ganhos em saúde.

No caso em estudo as intervenções desenvolvidas foram eficazes verificando-se alteração nos status dos focos de atenção diagnosticados, pelo que poderá concluir-se terem ocorrido ganhos em saúde. A sua elaboração permitiu desenvolver as competências comuns dos eixos **A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal, B- Domínio da Melhoria da Qualidade e D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** e competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental **F2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família grupos e comunidade na otimização da saúde mental, F3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos ou comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e F4- Presta cuidados psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunidade, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

#### 4.3.3 Planos de Cuidados

O planeamento é a etapa do processo de enfermagem onde se efetua a avaliação das prioridades dos problemas levantados. Esta etapa do diagnóstico permite ao enfermeiro nortear a elaboração dos cuidados diários. É ao enfermeiro que cabe a responsabilidade de assegurar as necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência do indivíduo, da família e da comunidade (Doenges, 2000).

Segundo Pauchet-Traversat (2003) é importante estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, que vai permitir ao enfermeiro “prestar os cuidados, avaliá-los fixando os objetivos de cuidados, programar as intervenções de enfermagem e organizar na realização a sua implementação”.

Segundo o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) os cuidados de enfermagem utilizam uma metodologia científica que inclui a identificação

do problema, a elaboração de planos para a prestação de cuidados de enfermagem e posterior avaliação e reformulação (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro do REPE).

A OE (2011), diz-nos que os problemas de saúde mental, reais ou potenciais do indivíduo devem ser identificados precocemente de maneira a serem prescritas intervenções (de acordo com a evidência científica), implementadas e posteriormente avaliadas, no sentido de minimizar ou eliminar o problema. Este planeamento deve ser abrangente e deve valorizar o potencial intrínseco de cada um.

Durante o estágio I foram elaborados planos de cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes em termos de intervenções estruturadas e devidamente fundamentadas, e finalmente foi efetuada a avaliação dessas intervenções por forma a conhecer a sua eficácia. A elaboração dos planos de cuidados permitiu desenvolver a competência comum da **melhoria contínua da qualidade eixo B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e eixo B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos e B3.2- Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais**, uma vez que possibilitou a criação de um ambiente terapêutico e seguro, garantindo-se uma gestão de risco adequada.

#### 4.3.4 Registos de Enfermagem

Registo de enfermagem pode definir-se como “a ação ou ato de colocar por escrito, factos relativos à pessoa que requer cuidados de enfermagem (...), que serve de guia orientador para a prestação de cuidados, devendo conter não só dados observados e interpretados (diagnósticos de enfermagem) mas também as intervenções (...) e resultados da ação de enfermagem” (Figueiroa & Rego, 2003, p.39). Estes devem ser objetivos, exatos, completos, concisos, atualizados e organizados (Potter e Perry, 2006).

Os registos “devem respeitar a natureza dos cuidados, sob pena de uniformizarem as situações que pretendem descrever” (Leal, 2006, p.44). Funcionam como uma “ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade” (Leal, 2006, p.46).



A OE, no enunciado descritivo que respeita à organização dos cuidados de enfermagem enfatiza a importância de haver um sistema de registos de enfermagem que inclua as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem que o cliente obtém (Regulamento nº 167/2011).

Em ambos os estágios, quer em contexto hospitalar quer na UCC, foi utilizada a linguagem classificada CIPE através do aplicativo informático SClínico. A utilização desta linguagem classificada possibilita o desenvolvimento da competência comum relativa ao eixo B, nomeadamente **B2.1- Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado**. Através da utilização do sistema SClínico podem obter-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de aplicação desses indicadores, contribuindo assim para a melhoria continua da qualidade. Também as competências do **eixo C- Domínio da gestão dos cuidados** foram desenvolvidas, já que através dos registos no SClínico se constroem planos de trabalho que dão continuidade aos cuidados, havendo assim uma melhoria na gestão dos mesmos, visando os melhores cuidados possíveis ao doente. Não constituiu dificuldade uma vez que no contexto da prática profissional já se efetuam estes registos e esta linguagem classificada.

#### 4.3.5 Reflexões Críticas

Tendo em conta o Anexo I do Regulamento n.º 515/2018: “a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (DR, 2018 ,p.21428).

A autoconsciência é um instrumento terapêutico essencial para o EESMP. Na relação terapêutica estabelecida com os utentes, o enfermeiro não deverá distanciar-se do seu eu, que envolve a totalidade das dimensões do ser humano, com as suas diferentes capacidades e limitações. A relação instituída com os clientes depende do



autoconhecimento do enfermeiro pois as suas vivências e o relacionamento consigo próprio, afetam o cuidar em enfermagem (Horta, 2005).

As reflexões críticas realizadas acerca das atividades desenvolvidas nos estágios impulsionaram o desenvolvimento da prática reflexiva permitindo o desenvolvimento da autoconsciência, uma vez que possibilitou o diálogo sobre cada situação, levando à compreensão dos diversos conhecimentos, mobilizando-os para a resolução do problema.

A reflexão por si só não é suficiente, deve ser orientada para a ação e levar os intervenientes a repensar a sua prática. Pode dizer-se, que o seu principal objetivo é fornecer ao profissional a informação correta e autêntica, as razões e consequências da sua ação, com o objetivo de melhorar a prática (Kemmis 1985, p. 139-163).

Assim, a realização de reflexões críticas, foram de encontro à aquisição e desenvolvimento das competências **D1.1 e F1- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.**

#### 4.3.6 Sessões de Relaxamento

O relaxamento permite aliviar tensões físicas e mentais, em qualquer contexto em que se utilize. Relaxamento é, segundo Townsend (2011) uma diminuição da tensão ou intensidade, resultando no descanso do corpo e da mente. Um estado de tranquilidade refrescante. Para Donaghy, Payne e Bellamy (2005), um estado de consciência caracterizado pela sensação de paz, e a libertação de tensão, ansiedade e medo. Jacobson propôs que o relaxamento da musculatura oferece uma influência calma e relaxada a todo o organismo, incluindo à mente. (Donaghy, Payne e Bellamy, 2005).

O método do relaxamento progressivo de Jacobson baseia-se no facto de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade, através da tensão muscular. Com a aplicação desta técnica verificaram-se bons resultados no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, hipertensão arterial, fobias ligeira e gaguez (Townsend, 2011). Esta técnica envolve a contração e descontração dos músculos

voluntários numa sequência ordenada, até que o corpo, como um todo, obtenha benefícios.

O relaxamento tem um foco muito mais fisiológico do que psicológico, razão pela qual é indicado para todo o tipo de pessoas, independentemente da sua capacidade cognitiva, tendo apenas algumas precauções em alguns estados patológicos físicos.

Desta intervenção realizada com os utentes do internamento, resultaram, através da observação do exame do estado mental, valores de tensão arterial e frequência cardíaca, uma postura menos tensa, melhor bem-estar e relaxamento, no final de cada uma. Com estas sessões considera-se que foi possível obter ganhos em saúde, na medida que os Diagnósticos CIPE levantados- stress presente e bem-estar diminuído, após a intervenção mudaram o seu status para: stress diminuído e bem-estar melhorado.

Nesta atividade esteve presente o desenvolvimento das competências comuns do eixo **B3.1**, que se refere à promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos, como é referido no Regulamento nº.122/2011 assim como o desenvolvimento das competências específicas **F4.2.5- Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes**, tendo sido utilizada para este fim (Regulamento nº515/2018).

#### **4.3.7. Atividade Física**

Stakes (2008) refere que uma má saúde física é um fator de risco para uma má saúde mental, então todas as formas que existem para manter a saúde física, o que inclui a prática de alguma atividade física, serão protetoras da saúde mental. O exercício físico é uma das determinantes estruturais de saúde mental, sendo mesmo a atividade de lazer com maior impacto sobre a saúde mental. É assim fundamental implementar a atividade física aos utentes internados, bem como promover que estes procurem manter a continuidade do exercício físico no seu dia-a-dia fora do serviço de internamento. O exercício físico está realmente relacionado à saúde mental ao promover: redução da ansiedade; redução da depressão; aumenta a sensação de bem-estar; reduz a agressividade aumenta a

longevidade; melhora o sono e aumenta a energia; diminui o risco de morte prematura; atividade física está associada com positiva autoestima; atividade física está associada com sono repousante; atividade física está associada com habilidade para responder ao stress (Stakes, 2008).

Para a OE (2011), o EESMP deve investir nos fatores que aumentam os recursos dos indivíduos relativamente à sua saúde mental. Uma vez que o exercício físico é um desses fatores, entendeu-se ser fundamental implementar a atividade física aos utentes no internamento, assim como promover a sua continuidade quando da alta. Desta forma deu-se resposta à competência específica do enfermeiro especialista em saúde mental **F2.3- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.**

Com esta atividade os utentes estabeleceram uma maior relação de proximidade e interagiram. Mostraram agrado com o exercício físico, apresentando estes no final uma postura menos retraída e menos tensa. Pode concluir-se que se obtiveram ganhos em saúde a nível da alteração do status de diagnóstico relativo à socialização diminuída, que passou a socialização melhorada.

Esta atividade permitiu dar resposta à competência específica do enfermeiro especialista em saúde mental **F2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.**

#### **4.3.8 Portfólio**

O portfólio é utilizado como uma estratégia que potencia a reflexão sobre as práticas desenvolvidas, apoiando o processo de construção do conhecimento contextualizado e o desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos favorecendo a compreensão dos significados possíveis e a atribuição de sentido às situações e aos conceitos que constituem o cerne da aprendizagem, estimulando o desenvolvimento crítico e reflexivo do formando.

Segundo Sá-Chaves (2000), através da reflexão proativa, o portfólio pode fornecer:



“evidências não apenas sobre os descritores das ações vividas e refletidas, sobre os constrangimentos e coerência, sobre o grau de sucesso ou insucesso face a o esperado, mas sobretudo, permite fazer a captura do fluir do pensamento do mesmo formando à medida que vai -ou não- sendo capaz de analisar criticamente as suas práticas, desde o nível técnico, ético e de nesse exercício se autoavaliar como sujeito responsável na transformação das situações e no sentido dos valores que fundamentam e dignificam a condição humana”.

O portfólio reflexivo recorre ao discurso narrativo para testemunhar as vivências e os momentos reflexivos que essas vivências implicaram. Segundo Sá-Chaves (2000), o registo escrito permanece no tempo e possibilita apreender o pensamento do formando e assim reconhecer o valor diferenciador de cada indivíduo (Sá-Chaves, 2000).

A elaboração de um portfólio veio de encontro à competência comum do eixo D, mais especificamente **D1- Desenvolve o auto conhecimento e a assertividade** e à competência específica do EESMP, **F1-** (Regulamento n.º 515/2018), permitindo uma análise crítica-reflexiva aprofundada das vivências, experiências, aprendizagens, dificuldades, limitações, das estratégias encontradas para as ultrapassar dos aspetos a melhorar quer pessoalmente quer como profissional.

#### 4.3.9 RIL / Artigo científico

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL), representa um método idóneo e sistematizado com rigor científico, por forma a melhor conhecermos a evidência sobre o problema escolhido. Esta metodologia de pesquisa possibilita sintetizar múltiplos estudos publicados e incorporar a evidência sobre um tema ou questão, de maneira sistemática e ampla, constituindo desta forma, um corpo de conhecimento disponível. Esta pesquisa é efetuada de uma forma organizada com o objetivo de aprofundar conhecimentos em determinado tema permitindo chegar a conclusões gerais no que diz respeito a uma área específica de estudo (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

Com a elaboração da RIL, que exigiu que fossem usadas as tecnologias e métodos de pesquisa adequados, tendo a pesquisa de evidência científica decorrido nas bases de dados, interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da evidência que



contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem foi possível concretizar o desenvolvimento e concretização da competência **D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade**. O artigo de investigação pronto para publicação, que resultou dessa RIL, será um contributo para a investigação sobre a temática das intervenções do EESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI e servirá de base para o desenvolvimento de um programa de Saúde Mental a implementar na UCCOA.

#### **4.3.10 Sessão de Autoconhecimento- Emoções**

A autoconsciência ou autoconhecimento são processos de compreensão de valores, motivações, limitações e pensamentos, de um qualquer indivíduo e se reconhece a maneira como estes influenciam os outros. Quando a pessoa efetua esta análise, está capacitada para alterar os comportamentos advindos de ideias erradas (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007). Stuart e Laraia (2001) referem que o grupo funciona como um sistema de apoio para o utente, facultando a discussão e os comportamentos adequados.

Os grupos psicoterapêuticos focam-se nos problemas emocionais dos utentes, ajudando-os a lidar com as situações da sua vida. Estes proporcionam um ambiente seguro, examinam e procuram resolver os seus problemas psicológicos, valendo-se da interação entre os elementos do grupo para a mudança de comportamentos (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007).

Esta sessão permitiu que cada utente interagisse com os restantes participantes, promovendo a socialização e o autoconhecimento através das imagens escolhidas por cada um. No final em grupo, foram discutidas as dificuldades sentidas na expressão das suas ideias e nos sentimentos que a atividade originou.

Nesta atividade esteve presente o desenvolvimento da competência específica do EESMP **F1.1- Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais e F4.2.3- Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental**.

#### **4.3.11 Biblioterapia**

A leitura proporciona a aquisição de novos saberes e conhecimentos e permite uma visão do mundo abrangente e diversificada. As mudanças e os sentimentos que a leitura proporciona têm sido estudados por investigadores de diversas áreas. O estímulo da leitura permite a descoberta de novos sentimentos, mesmo que não seja efetuado por iniciativa do utente e está provado que a leitura envolve as nossas ações, quer pessoais, sociais e também afetivas. A leitura mobiliza aspetos cognitivos do indivíduo para que este apreenda o significado daquilo que lê. A interpretação que é feita da leitura varia consoante a vivência do recetor, isto é, cada pessoa apropria-se da leitura conforme as suas vivências passadas (Lopes, 2012).

Na Biblioterapia, o texto é o mediador da relação, une o grupo e deixa que cada um faça a sua interpretação. Existe a liberdade de cada um escolher o seu significado do texto tendo em conta as suas próprias experiências, possibilitando que liberte o que já viveu, à distância, num ambiente protegido e como observador. Pretende-se que a Biblioterapia seja um instrumento terapêutico que faculta o acesso ao que o utente tem em si e que permite a partilha e trabalho com o terapeuta visando a mudança e proporcionando a sua participação no processo terapêutico autonomamente, e em que o terapeuta demonstra os diferentes recursos disponíveis pelos quais se poderá optar (Mendes, 2012).

Nesta atividade esteve presente o desenvolvimento da competência **F.4.2.1- Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.**

#### **4.3.12 Psicoeducação- Promoção da Saúde Mental Positiva**

Pode dizer-se que a psicoeducação é uma partilha de informação entre o terapeuta e o utente (Callahan & Bauer, 1999). O seu objetivo é promover a compreensão dos utentes acerca de um assunto. O papel do terapeuta é educar o utente em relativamente aos seus problemas e a sua patologia, esclarecendo-o acerca das implicações, sintomas e consequências. Para tornar o processo terapêutico mais efetivo é importante entender que

o utente tem um papel ativo, sendo um aliado dos profissionais de saúde (Justo & Calil, 2004). Para educar o utente é fundamental diversificar os meios utilizados, podendo ser sob a forma de livros, filmes, slides, esclarecimentos, pois é através desta informação que o utente aprende acerca da sua patologia, identifica comportamentos e pensamentos disfuncionais que podem trazer sofrimento (Basco & Rush, 2005).

A psicoeducação possibilita que o utente consiga fazer o paralelismo entre as suas características pessoais e as características do transtorno psicológico que enfrenta, e o mesmo acaba por saber pormenorizadamente as consequências e os fatores desencadeantes do seu problema/patologia (Caminha et al., 2003).

A psicoeducação é um instrumento que melhora a evolução do doente, ajuda-o na gestão de sentimentos como o desespero, medo, estigma e baixa autoestima (Colom et al., 2004). Em complemento com a terapêutica, verifica-se a importância da intervenção psicossocial para ajudar, orientar e ensinar os doentes portadores do transtorno mental e as suas famílias. As intervenções psicossociais auxiliam na estabilização do humor, diminuindo o número de internamentos e incrementando o funcionamento social (Huxley, Parikh & Baldessarini, 2000).

Está descrito na literatura que a psicoeducação de familiares e cônjuges potencia o resultado terapêutico uma vez que estes passam a ter mais informação acerca da patologia do seu familiar. Além disso, aprendem a lidar com as crises e situações do quotidiano mais adequadamente o que contribui para o bem-estar do doente (Andrade, 1999; Zaretsky et al., 2007; Reinares et al., 2008). Treinar habilidades, desenvolver estratégias de coping, saber detetar de sinais iniciais e reunir informações sobre a doença representam os principais objetivos da psicoeducação. Segundo estes autores, este tipo de intervenção possibilita reduzir os internamentos hospitalares, melhora o funcionamento social do doente e promove a sua qualidade de vida.

Nesta sessão conseguiu-se estabelecer uma relação terapêutica, os utentes tiveram oportunidade de expressar opiniões e sentimentos, portanto desenvolveram competências de socialização. Conclui-se desta forma, ter havido ganhos em saúde a nível da alteração do status de diagnóstico relativo à socialização diminuída, que passou a socialização melhorada.



Com a atividade psicoeducação demos resposta ao desenvolvimento/ aquisição da competência específica do EESMP **F.4.2.4- Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por ela causados, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.**

#### **4.3.13 Adesão ao Regime terapêutico**

Segundo a OE (2010), o EESMP “promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais”. Para que o indivíduo dependente ou com doença mental possa atingir o seu nível máximo de independência e funcionalidade, pode recorrer-se à reabilitação psicossocial (OMS, 2001).

Por definição, a adesão ao regime terapêutico é o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes, McDonald, Garg, & Montague (2003) citados por Machado (2009)). De acordo com a CIPE, adesão terapêutica define-se por: “Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (International Council of Nurses, 2002).

Frequentemente as pessoas com perturbação mental adotam como comportamento a má adesão ou não adesão ao regime medicamentoso e esta é uma das causas frequentes de reinternamentos (Stuart e Laraia, 2001). As doenças mentais são doenças crónicas e como tal a adaptação das pessoas ao tratamento é mais difícil de conseguir do que em situações cujo tratamentos é de curto prazo (OMS, 2001). Para os autores Stuart e Laraia (2001) apesar das pessoas quererem aderir ao regime terapêutico, existem alguns fatores como a falta de acompanhamento em consultas, o receio de efeitos adversos, a pouca



confiança nos profissionais de saúde para referirem os seus desconfortos que os levam a interromper o tratamento, o que induz a um novo internamento.

A intervenção de enfermagem para garantir a adesão ao regime terapêutico foca-se na educação, ensino, instrução e treino (Machado, 2009). Um dos objetivos dos grupos psicoeducativos é a gestão da terapêutica. Habitualmente os enfermeiros transmitem informação acerca dos medicamentos- efeito, dose, efeitos secundários, assim como, sobre ajustamento aos efeitos secundários e ao estilo de vida. As técnicas interativas que envolvem a pessoa no seu problema são mais eficazes no aumento da adesão terapêutica do as expositivas (Keltner, Schwecke e Bostrom, 2007).

Nesta sessão foi abordada a importância da adesão à terapêutica, os possíveis efeitos secundário e estratégias para obter os melhores resultados com apoio de apresentação breve em PowerPoint. Foi efetuado ensino acerca da medicação de cada utente em particular e esclarecidas dúvidas. No final foi facultado um folheto com o resumo da sessão.

Esta atividade de psicoeducação permitiu dar resposta ao desenvolvimento/ aquisição da competência específica do EESMP **F3.5.5- Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental grave.**

#### **4.3.14 Intervenções Breves no alcoolismo**

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) revelam consumo de álcool em 40% da população mundial e estima-se a morte de 2 a 2,5 milhões de pessoas cuja causa está associada ao consumo desta substância. Assim, justifica-se que, internacionalmente o consumo abusivo de álcool represente uma prioridade na saúde pública (Jomar & Abreu, 2012). No nosso país, os dados epidemiológicos apontam para um consumo *per capita* na população adulta de 12,4 litros de álcool puro. Embora a tendência seja de diminuição do consumo na população em geral, os dados mostram um incremento do consumo em alguns grupos etários (Balsa, Vital & Urbano, 2013, citado por Jorge, Moreira, Pereira & Barroso, 2017).

Do ponto de vista fisiológico, o álcool é uma substância que induz várias perturbações metabólicas com consequentes alterações do funcionamento global do indivíduo, sendo que as reações do sujeito ao álcool, como a tolerância, habituação e dependência, dominam a etiologia de conduta alcoólica. Os dados relevantes para o processo diagnóstico de uso de álcool estão relacionados com o tipo de bebidas, frequência, a quantidade e as implicações associadas ao consumo (Sequeira, 2006).

Segundo o DSM V, o transtorno por uso de álcool costuma ser erradamente entendido como uma condição intratável, uma vez que os indivíduos que procuram tratamento têm, maioritariamente história de longos anos de problemas graves relacionados ao álcool. Todavia, esses casos mais graves representam uma pequena parte das pessoas com o transtorno, e o paciente típico tem um prognóstico mais favorável. Torna-se assim importante diagnosticar a condição do doente em termos de consumo nocivo ou dependência e é igualmente importante compreender o padrão de consumo que provoca o risco (OMS, 2001).

A importância da intervenção dos profissionais de saúde torna-se fulcral na abordagem a estes doentes e devido às elevadas exigências de trabalho impostas aos profissionais, as intervenções devem ser breves e ter como principal objetivo a identificação de um problema relacionado com o álcool, real ou potencial, motivando o indivíduo a tomar uma atitude com vista à sua resolução (OMS, 2001).

A abordagem do rastreio e das intervenções breves tem o doente como foco principal, envolvendo também a família da pessoa e as redes sociais da comunidade. O rastreio surge como o primeiro passo deste processo e baseia-se numa simples identificação dos indivíduos cujo consumo de bebidas alcoólicas possa apresentar risco para a sua saúde ou mesmo em indivíduos que já sofrem dependência do álcool (Jorge, Moreira, Pereira & Barroso, 2017).

O tratamento, embora tenha algum sucesso não representa uma cura para o alcoolismo, principalmente quando a dependência instalada é bastante acentuada. A recuperação deverá ser entendida como um processo de mudança que envolve inúmeros fatores e a psicoterapia relaciona as causas do alcoolismo com o *insight* e a mudança (Sequeira, 2006).

As intervenções breves foram desenvolvidas em várias sessões com o objetivo de permitir a compreensão e interiorização da informação fornecida, permitindo a reflexão e a aquisição dos conhecimentos. Verificou-se a quantidade e frequência dos consumos, com base na aplicação do Questionário AUDIT, por forma a definir um plano de intervenção terapêutica e efetuou-se a avaliação do utente sobre a patologia. Foram definidos os objetivos da intervenção após ter sido dado conhecimento ao utente sobre o risco pessoal para os problemas ligados ao consumo de álcool. Inicialmente existiram algumas dificuldades e inseguranças na abordagem do tema uma vez que os limiares entre o que é considerado consumo de baixo risco e alto risco são ténues, pelo que foi necessário aprofundar os conhecimentos nesta matéria para melhor dar resposta a esta atividade.

Com a atividade psicoeducação demos resposta ao desenvolvimento/ aquisição da competência específica do EESMP **F.2.3.4- Implementa programas de promoção de saúde mental, (...) visando a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce.**

#### **4.3.15 Sessões de Promoção Saúde Mental em contexto escolar**

Na educação para a saúde, a promoção da saúde mental é um dos temas que apresenta, atualmente, grande destaque. Deixou-se de ter como foco apenas o problema e suas consequências, para olhar para a saúde, numa perspetiva positiva (Tomás & Gomes, 2014).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) procura dar resposta à melhoria da saúde das crianças e jovens, tal como da restante comunidade educativa. A escola, representa um espaço seguro e saudável, o seu ambiente é facilitador da adoção de comportamentos saudáveis, sendo o local ideal para a promoção e manutenção da saúde.

Os objetivos do PNSE são: promoção e proteção da saúde e prevenção da doença no meio educativo; apoio a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; promoção de um ambiente escolar seguro e saudável; reforço dos fatores de proteção relacionados com estilos de vida saudáveis; desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.



Na Conferência Ministerial sobre Saúde Mental, foi reconhecida como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das doenças mentais onde foram propostas ações de combate ao estigma e à discriminação, atividades para as fases mais vulneráveis do ciclo de vida, em particular na infância e na adolescência, como estratégias de longo prazo, prevendo-se benefícios para o indivíduo, as sociedades e sistemas de saúde.

A médio prazo, os projetos de saúde mental representam indicadores sociais e de saúde positivos e promovem climas de aprendizagem amigáveis, influenciam crianças e jovens para o sentido de pertença à escola, diminuem o envolvimento em comportamentos de risco e aumentam o sucesso na escola e na vida (PNSE, 2015).

Os enfermeiros são os interlocutores da saúde nas escolas e colaboram de forma ativa com a comunidade educativa. As intervenções junto de alunos, professores e pais, podem assim promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais, o que vai de encontro à competência comum do Enfermeiro Especialista **A.1.3.1, no desempenhar “o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade”** (OE, 2019). E **F3.3.4-Concebe, coordena e implementa projetos de promoção da saúde mental de crianças e jovens (...).**

As diversas sessões que foram efetuadas em contexto escolar tiveram sempre o apoio da enfermeira orientadora de estágio, e podemos dizer que foram efetuadas em parceria o que tornou as apresentações mais fluidas e completas, uma vez que com a sua experiência facilmente deu resposta a dúvidas e questões colocadas pelos alunos. Inserindo-se esta população estudantil na fase da adolescência nem sempre foi fácil prender a atenção para os temas abordados, no entanto, na maioria dos casos isso foi conseguido tendo os alunos avaliado as sessões de forma positiva.

#### **4.3.16 Sessões de Saúde Mental na preparação para o parto e pós-parto**

Estudos científicos mostram que a intervenção durante a gravidez e nos primeiros anos de vida das crianças é fundamental para todo o desenvolvimento destas, quer a nível



psicológico quer social, tendo consequências na sua saúde mental em todo o seu ciclo de vida.

Desta forma torna-se fundamental intervir, dando suporte à parentalidade e facilitando as relações pais-filhos. Importa, assim, implementar condições de proteção e promoção do desenvolvimento das crianças com maior vulnerabilidade (DGS, 2006).

A promoção da saúde mental, nos períodos pré e pós-parto envolve cuidados de ordem física, psíquica e social. Em Portugal, os cuidados de saúde primários enfatizam aos cuidados durante a gravidez e primeiros anos de vida da criança e articulam-se com os serviços obstétricos e pediátricos (DGS, 2006).

Ao enfermeiro, particularmente o EESMP, cumpre o privilégio da intervenção no planeamento da gravidez e acompanhamento da mesma e no período pós-parto, garantindo o diagnóstico precoce de situações de risco e planeando uma intervenção que reduza os seus efeitos negativos.

O período pós-parto implica um reajuste psicológico e uma readaptação ao novo papel, sendo uma fase onde ocorrem alterações hormonais bruscas e significativas que levam a grande fadiga (Raynor, 2006).

Entre as intervenções que promovem a saúde mental, encontram-se o acompanhamento de puérperas, a relação terapêutica/de confiança estabelecida entre a EESMP e a puérpura, a utilização do método canguru, o apoio na amamentação, o encorajamento à expressão dos sentimentos e o envolvimento do pai/ família significativo, (Kantrowitz-Gordon, 2013).

Entre os problemas emocionais frequentes nos progenitores encontram-se o blues pós-parto, as depressões pós-parto e as psicoses puerperais (Robertson et al, 2004). A depressão atinge entre 10-15% das mulheres e afeta sobremaneira a sua qualidade de vida ameaçando todo o do recém-nascido e da estrutura familiar (Lintner e Gray, 2006).

O desenvolvimento de medidas efetivas de prevenção desta doença, representa a melhor política de saúde pública para a diminuição da sua incidência sendo que o EESMP é um dos profissionais de saúde com melhores competências na prevenção do aparecimento desta patologia (Tavares & Botelho, 2009).

Este acompanhamento foi efetuado em contexto do Estágio Final, em cuidados de saúde primários tendo ido de encontro ao desenvolvimento da competência **F2.3-**

### **Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.**

Esta experiência com estes grupos específicos- que apresentam grande vulnerabilidade, foi muito gratificante e permitiu verificar que o investimento na saúde mental é mesmo transversal a todo o ciclo vital e o EESMP pode ter um papel ativo junto destas pessoas. As sessões permitiram às mulheres/família expor as suas dúvidas, os seus anseios e foram avaliadas de forma muito positiva. Verificaram-se ganhos em saúde através da melhoria a nível do foco ansiedade, depressão e conhecimento e apesar de fugir ao tema escolhido para o presente relatório, para intervenção na comunidade, foi de grande interesse para o incremento de competências específicas.

#### **4.3.17 Visitas Domiciliárias**

Indivíduos que se apresentam em situação de sofrimento, alteração ou perturbação mental, quando cuidados por EESMP diminuem o seu grau de incapacidade relativamente à doença, obtendo ganhos em saúde. A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 515/2018).

Esta área de especialidade tem enorme importância na intervenção na população com problemas de saúde mental no seu contexto comunitário, visto que segundo a OE (2009a, p. 7), é “dirigida aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” ao longo de todo o ciclo vital.

O profissional de saúde mais habilitado para prestar “cuidados do âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2009), é o EESMP,

pelo que faz sentido a intervenção deste na proximidade das pessoas, sendo esta proximidade conseguida através da visita domiciliária.

No estágio I em contexto de internamento de psiquiatria-agudos houve a oportunidade de efetuar uma visita domiciliária, ao utente que foi alvo do estudo de caso. Como o utente selecionado esteve internado durante poucos dias, programou-se a visita domiciliária no pós-alta cujos objetivos foram efetuar uma sessão de psicoeducação em contexto domiciliário onde foi abordado o tema da psicose e sintomas associados e o seu prognóstico, estilos de vida saudáveis e adesão terapêutica. Conseguiu-se observar a dinâmica familiar do utente e foi envolvida a família no processo terapêutico. Com a relação terapêutica estabelecida durante o internamento e nesta sessão no domicílio, conseguiu-se uma boa base para intervenções futuras, tendo sido o utente encaminhado nesta altura para os serviços de apoio existentes bem como para a colega que futuramente fará o seguimento do utente em Consulta de Psiquiatria deste hospital.

Esta atividade foi de encontro ao desenvolvimento e aquisição da competência específica do EESMP F3.5., onde se **recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.**

No contexto do Estágio Final foram efetuadas diversas visitas domiciliárias em que para além da administração da terapêutica injetável foram averiguadas diversas situações em termos de estado clínico dos utentes, condições habitacionais, saneamento básico, de higiene, assim como do seu contexto relacional- familiar e social, permitindo observar necessidades, antecipar problemas e estabelecer estratégias em equipa multidisciplinar para a resolução dos mesmos.

#### **4.3.18 Participação no Seminário/ X Congresso da ASPESM, Programa +Contigo e Jornadas Templárias de Psiquiatria do CHMT**

A participação no Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental e no X Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental



subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental”, realizado ao longo de três dias, constituiu um investimento na formação. Esta representa um recurso eficaz e essencial para o EESMP. Segundo Mendes e Mantovani (2010, pp. 209-215) “a formação traduz-se num momento privilegiado de construção do saber que estimula a consolidação de um corpo de conhecimento próprio da enfermagem, com repercussões na identidade do enfermeiro e na visibilidade do corpo de conhecimento produzido”.

No Seminário foram divulgados alguns resultados de investigação de trabalhos realizados em Portugal, Espanha e Brasil. Este tipo de eventos reforça o papel da investigação enquanto meio para aprofundar o conhecimento na área da Saúde Mental, pela definição de prioridades e pelo planeamento e a avaliação de vários tipos de intervenções. A perceção do destaque dado à investigação nesta área constituiu uma importante componente pedagógica na medida em que os conhecimentos adquiridos foram integrados na intervenção junto das pessoas, contribuindo para a melhoria da satisfação, qualidade de vida e bem-estar dos utentes. A enfermagem requer produção e renovação contínuas de conhecimentos, o que pode ser conseguido através da investigação.

Durante o percurso deste Mestrado houve oportunidade de participar na apresentação do programa + Contigo- Tela de Emoções. A promoção da saúde mental e a promoção de comportamentos de risco, entre os quais o suicídio é fundamental em termos de saúde pública. Na infância e adolescência existe elevada incidência de doença mental o que torna estas faixas etárias num grupo vulnerável e prioritário para a intervenção. Este projeto que se baseia numa intervenção multinível em rede tem como objetivos promover a saúde mental e o bem-estar em adolescentes do 3º ciclo e ensino secundário, prevenir comportamentos mal adaptativos e de risco, na esfera suicidária, combater o estigma em saúde mental, aumentar o conhecimento dos profissionais de educação e saúde acerca de comportamentos de risco e criar uma rede de atendimento em saúde mental.

Foi interessante perceber a dinâmica deste programa e adquirir conhecimentos numa área cuja prevalência é relevante, bem como conhecer estratégias inovadoras de atuar como profissional de saúde, neste caso como EESMP, por forma a promover o bem-estar psicológico e proteger os adolescentes de experiências adversas e fatores de risco que possam afetar o seu potencial e o seu futuro como adultos.



As Jornadas Templárias de Psiquiatria do CHMT, cujo tema foi “Saúde Mental na comunidade, respostas e desafios”, constituiu um investimento na formação acerca de temáticas como prevenção do suicídio para pessoas de referência na comunidade, intervenção nas alterações comportamentais nas pessoas com demência e articulação dos cuidados de saúde primários com o serviço de psiquiatria, permitindo uma visão mais clara e abrangente nesta área.

Assim, a participação nestes eventos permitiu ir de encontro ao desenvolvimento da competência **D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.**

#### 4.3- COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESMP

Os estudantes ao frequentarem o presente Curso de ME em AESES na Área de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, em complementaridade à aquisição do conjunto de competências comuns do EE e de competências específicas do EEESMP, anteriormente apresentadas, demonstram também as seguintes competências que constam em Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. N.º 157 de 16 de agosto de 2018:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades

éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. “

O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização. De acordo com o Regulamento deste Mestrado de Enfermagem em Associação, este curso prevê a aquisição das seguintes competências de Mestre:

**1.Demonstra competências clínicas na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área de especialidade.**

Competência é uma construção desenvolvida no contexto das organizações e pode ser vista como um processo ou resultado, não sendo apenas uma propensão para agir (Boterf, 2005).

Na sua prática profissional do enfermeiro e de modo a facilitar a compreensão e aplicação do processo de enfermagem este utiliza o pensamento crítico. O desenvolvimento de competências para a aplicação deste processo requer uma análise contínua e exaustiva das situações que surgem diariamente.

Durante o Estágio I e Estágio Final foram mobilizados os conhecimentos adquiridos no âmbito das unidades curriculares Gestão e Governação Clínica e Políticas e Modelos de cuidados de saúde, que integraram o primeiro semestre e cujos conteúdos de índole teórica e teórico-prática capacitaram para uma maior qualidade na prestação de cuidados subsequente. Esta mobilização de conhecimentos possibilitou a aquisição de competências comuns do EE, competências específicas, assim como competências de Mestre.

Fundamental para o processo de aquisição de competências foi a unidade curricular Relação de Ajuda que dotou de ferramentas e treino de comunicação, entrevista clínica e

relação de ajuda, possibilitando favorecer e fortalecer as relações interpessoais enfermeiro-utente.

A comunicação encontra-se em toda a parte, situando-se nos planos cognitivo – intelectual e informativo, e afetivo- emoções e sentimentos da pessoa (Phaneuf, 2005). Para Rogers (1974), a base da comunicação é a congruência e a autenticidade. Para ser autêntico o enfermeiro precisa conhecer-se a si próprio e ter consciência das suas dinâmicas visto que estas podem vir a estar presentes na relação de ajuda interpessoal que se estabelece. Sabe-se que na sua finalidade as relações de ajuda não variam, no entanto, os instrumentos de enfermagem utilizados podem ser variáveis consoante os intervenientes.

O desenvolvimento da competência de gestão de cuidados já anteriormente abordada nas atividades de planeamento e tendo em conta os recursos disponíveis, considera-se uma ferramenta importante já que possibilita a concretização dos objetivos traçados pelos intervenientes, enfermeiro e cliente.

A supervisão clínica, e segundo a OE (2018, Regulamento n.º 366/2018, DR, 2.ª série, N.º 113 de 14 de junho) é “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas”. Visa a promoção da decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados. Através dela existe a possibilidade de o enfermeiro expor as suas necessidades e experiências.

Enquanto enfermeira supervisionada, integrada em equipas experientes, foram desenvolvidos atributos como reflexão sobre a prática de cuidados, disponibilidade de dar e receber feedback acerca dos mesmos, adquirir conhecimento durante o processo de supervisão clínica e geri-lo de forma a garantir a sua fiabilidade.

## **2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**



Investigação em Enfermagem é “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”, desta forma, o conhecimento obtido da investigação permite desenvolver a prática baseada na evidência (PBE), melhorar a qualidade de cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006, p.1).

Na prática clínica do EESMP torna-se essencial incorporar as descobertas na área de investigação desenvolvendo PBE o que irá traduzir um aumento de conhecimento e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, foi-nos proposto a elaboração de um Artigo Científico, que representou um instrumento de avaliação em complemento com o estágio e que possibilitou através da evidência científica percebermos as necessidades do cuidador informal e algumas intervenções terapêuticas do EESMP nesse contexto.

Também ao longo de todo o percurso formativo e na elaboração do projeto de intervenção foram realizadas pesquisas bibliográficas e foram tidos em conta os pareceres de peritos na área- enfermeiras orientadoras de estágio e professores da escola. Todo o projeto foi sustentado na investigação, dando resposta ao problema encontrado e promovendo a continuidade de cuidados que não era assegurada aos cuidadores informais. Desta forma demos resposta à competência de mestre supracitada.

Para aquisição desta competência foram importantes os contributos da UC “Investigação em Enfermagem” integrada no 1º semestre. Esta UC contribuiu para o incremento de conhecimentos acerca das etapas de investigação que culminaram na realização de um artigo científico, efetuado em grupo. Esta experiência foi particularmente importante para a posterior realização do artigo científico incluído neste relatório.

**3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais**



Todo o processo de tomada de decisão do enfermeiro está ligado à dimensão ética, à sua formação, responsabilidade e conhecimentos que detém. No âmbito do cuidar em enfermagem o enfermeiro atua de forma autónoma de acordo com o REPE onde intervenções autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem, o enfermeiro é detentor de capacidade de pensar complexo, sendo responsável por esta intervenção, desde a prescrição até à sua avaliação (Nunes, 2007).

A prestação de cuidados à pessoa doente mental reveste-se na maioria das vezes de grande complexidade o que obriga o profissional de saúde-enfermeiro a mobilizar todos os seus saberes: “saber agir com pertinência” - tomando decisões, fazendo escolhas e assumindo riscos, “saber transpor”, “saber aprender” e “aprender a aprender”, baseando-se no Código Deontológico do Enfermeiro.

Durante o Estágio I e Estágio Final estes saberes tiveram que ser mobilizados uma vez que perante situações inesperadas, foi necessário dar resposta pertinente e atempada, tendo-se corrido riscos. O exemplo do desenvolvimento das competências em análise em situações mais complexas em que a pessoa alvo dos nossos cuidados está vulnerável e os cuidados a prestar podem ir contra a sua vontade, é o internamento compulsivo. Neste caso por forma a adequar cuidados a prestar foi consultada a Lei nº 49/2018 publicada em Diário da República n.º 156/2018, 1ª Série. Nº 156 de 14 de agosto de 2018 e mobilizados os seus pressupostos de modo a conferir suporte legal para as práticas adotadas e processo de tomada de decisão.

As responsabilidades éticas, deontológicas e do direito foram estudadas no 1º Semestre deste Mestrado na UC “Epistemologia, ética e direito em Enfermagem” e culminaram na realização de um trabalho de grupo onde foram discutidas e analisadas situações reais vivenciadas pelo grupo.

#### **4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.**

O enfermeiro, ao longo da sua carreira deve manter-se inquieto e insatisfeito, procurando continuamente novos conhecimentos e saberes científicos. A realização deste mestrado acabou por representar o culminar dessa busca e a fuga à sensação de estagnação.

O enfermeiro é responsável pela sua formação contínua. A OE (2018) refere que o percurso formativo, que decorre da formação formal e informal, importantes no percurso profissional do enfermeiro e não apenas do enfermeiro especialista, permite aquisição de novos saberes e competências, rentabilizando as aprendizagens efetuadas e dando ênfase à capacitação profissional. O EESMP deve tornar-se perito na sua área de formação e ser uma referência para os seus pares.

Segundo a alínea d) do nº 2 do Artigo 96º da Deontologia Profissional de Enfermagem, o enfermeiro tem direito a condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional (OE, 2015). A formação sendo um direito dos enfermeiros, é também um dever, no sentido da melhoria contínua da prestação de cuidados.

Desta forma, o investimento em formação formal ou informal, ao longo do percurso profissional, vem de encontro à 4ª competência de Mestre em Enfermagem.

O trabalho de grupo realizado no 1º semestre, no âmbito da disciplina “Formação e supervisão em enfermagem” permitiu desenvolver um diagnóstico de necessidades formativas e posteriormente desenvolver um plano formativo, atuando como um formador em contexto de trabalho.

## **5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.**

A performance de uma equipa supera sempre a individual uma vez que o que é exigido implica diferentes habilidades, capacidades e experiências. Desta forma, numa equipa o contributo de várias disciplinas incrementa diferentes tipos de conhecimento (Vicente, 2011). Na saúde, representa uma mais-valia, já que diferentes disciplinas interagindo em conjunto, encontram soluções mais adequadas às necessidades da pessoa

cuidada. Desta forma o modelo de organização do trabalho em saúde onde existem equipas multidisciplinares, que trabalham em prol de um único objetivo, torna-se mais eficiente.

“As necessidades globais do doente só podem obter resposta através de um trabalho de equipa e multidisciplinar” (Hesbeen, 2001, p. 72).

Para Vicente (2011), uma equipa multidisciplinar de saúde mental só tem êxito se envolver e valorizar a dimensão do fator humano dos profissionais, lembrando sempre que a razão de todo o sistema existir é a pessoa alvo de cuidados. Integrar uma equipa multidisciplinar como EEESMP, exige que sejamos uma referência, participando de forma crítica nas decisões que dizem respeito à pessoa/ família, adotando uma postura flexível e aberta, fomentando uma comunicação interdisciplinar facilitadora do cuidado global à pessoa. Este aspeto foi conseguido em contexto dos estágios pelo que se considera a aquisição da competência supracitada.

## **6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.**

O presente curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que culminou com execução deste Relatório de Mestrado, o qual se baseou numa RIL, na qual foi utilizada a Metodologia de Projeto, mobilizou conhecimentos na prática que levaram à aquisição da sexta competência de Mestre.

## **7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.**

Foram descritas anteriormente- capítulo 4.3. as atividades que tornam evidente a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. A discussão pública deste Relatório de Mestrado será uma das formas de evidenciar a aquisição dessas competências.



## **PARTE II**

### **5- PROPOSTA DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

#### **5.1. METODOLOGIA DE PROJETO**

Ao longo deste capítulo serão apresentados de forma objetiva e sistemática, os procedimentos efetuados nas diferentes etapas deste projeto, nomeadamente o diagnóstico da situação, incluindo população e amostra, bem como critérios de inclusão e exclusão, instrumentos de colheita de dados utilizados; definição de objetivos; planeamento de estratégias a utilizar; execução do programa e planeamento de avaliação do mesmo.

A metodologia utilizada para esta proposta de programa de intervenção foi baseada na investigação centrando-se num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para o resolver. Foi efetuada pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto e promovendo uma prática fundamentada e baseada em evidência. Constitui-se pelas seguintes fases: diagnóstico de situação, objetivos, planificação, execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A divulgação dos resultados não será possível, mas foi elaborado um artigo sobre o projeto, como forma de divulgação do mesmo.

A revisão integrativa da literatura, que consistiu num método de pesquisa baseado na Prática Baseada em Evidência que analisou os resultados de pesquisas, suportou a tomada de decisão, sintetizando os conhecimentos atuais e lacunas a colmatar no âmbito de uma área específica de saber (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Foi reunida a evidência científica existente, acerca das Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do Cuidador Informal do doente em ECCI.



A realização desta RIL serviu de base para a realização da proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a esta população. A elaboração da proposta incorrerá da formulação de diagnósticos de Enfermagem decorrentes da avaliação das necessidades dos cuidadores informais de pessoas dependentes, a quem prestamos cuidados, concordando com as descritas pela literatura.

## 5.2-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A intervenção na comunidade não tem como objetivo principal pôr fim às disfunções patológicas, mas sim desenvolver o potencial da pessoa, a partir do ponto em que se encontra, intensificando o seu funcionamento positivo (Rebelo, Gonçalves, & Bolina, 2015, p. 25).

A RIL permitiu comprovar que existe fraca evidência científica e os resultados mostraram alguma disparidade em termos de estrutura e implementação de intervenções pelo EESMP junto do cuidador informal. Desta forma decidimos estruturar a proposta de cuidado tendo em conta a formulação de diagnósticos de enfermagem advindos da análise das necessidades evidenciadas pelos cuidadores.

As necessidades evidenciadas pelos cuidadores informais são muito importantes e são elas que conduzem à futura intervenção do EESMP. Estas necessidades relacionam-se com o conhecimento, com a gestão de sintomatologia ansiosa e depressiva, com a gestão das relações familiares e sociais, falta de apoio institucional/formal e com a necessidade de desenvolvimento de estratégias de coping e de resolução de problemas assim como estratégias de tomada de decisão (Ferré-Grau et al., 2017).

Segundo Melo (2014), as necessidades dos cuidadores podem ser de variada ordem: **recursos comunitários e sociais**- apoio familiar e social, relacionamento familiar adequado através do desenvolvimento, manutenção e fortalecimento das relações interpessoais, acesso a recursos da comunidade e grupos de apoio como forma de evitar o isolamento social ; **conhecimentos, aprendizagem e preparação**- aquisição de competências instrumentais, procedimentos e técnicas específicas para o cuidado,

informação sobre a doença; **significado pessoal, crenças e atitudes**- o papel de cuidador provoca sobrecarga pelo que a aquisição de estratégias de coping eficazes são facilitadoras na prestação de cuidados e **condição socioeconómica**- a sobrecarga financeira e os elevados custos inerentes ao cuidado são fatores dificultadores na gestão familiar.

As necessidades encontram-se centradas na informação, nas dificuldades com o desempenho do papel, nas dificuldades em lidar com os problemas e sofrimento do doente (Sequeira, 2010).

Tendo em conta as necessidades encontradas com maior frequência na literatura podemos ter uma possível orientação para uma prática de enfermagem mais eficaz e de melhor qualidade, efetuando planos de cuidados individualizados, personalizados, contextualizados e direcionados para os prestadores de cuidados da pessoa, objetivando a promoção do seu bem-estar e a melhoria dos cuidados prestados (Melo, Rua & Santos 2014).

A população alvo “é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente” (Fortin, 1999).

Para definir a população-alvo tivemos em conta as reuniões interdisciplinares em contexto clínico, sob supervisão da enfermeira orientadora, onde foram identificados os potenciais participantes no programa, tendo sido recolhidos os contatos de todos os utentes inscritos na RNCCI em ECCI, na UCCOA, bem como os cuidadores informais dos mesmos.

A intervenção a efetuar deve ser precedida por uma fase de avaliação, no sentido de se conhecer a situação global da pessoa que será alvo do cuidado. Segundo Gonçalves-Pereira et al (2011), deverá ser feita a avaliação inicial, que pode ser feita através de uma entrevista individual, onde serão colhidos dados clínicos e sociodemográficos assim como, informação sobre os conhecimentos da pessoa acerca da problemática em estudo.

Tendo isso em conta, foi realizada uma entrevista individual para colheita de dados, que permitiu realizar a caracterização sócio demográfica do grupo, conhecer cada um dos utentes/cuidadores, identificar os seus stressores e ajustar as visitas domiciliárias

inseridas no programa às necessidades, expectativas, dificuldades, limitações de cada um. Foram identificados nove cuidadores para integrar o grupo-alvo, que preenchiam os critérios de inclusão escolhidos: terem idade superior a 18 anos, residirem no domicílio da pessoa, prestarem cuidados diretos, terem capacidade cognitiva e mostrarem disponibilidade para participar. Foi critério de exclusão cuidadores que não vivem na mesma casa.

Seguidamente far-se-ia a aplicação de instrumentos de colheita de dados, entre os quais o Questionário Sociodemográfico e Clínico, Índice de Barthel e Lawton&Brody, Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, a escala de sobrecarga do cuidador informal (Zarit), a escala de avaliação da depressão de Hamilton (HDRS), o inventário de ansiedade de Beck (BAI) e a WHOQOL-Bref.

De ressaltar que durante o desenvolvimento da presente investigação de Mestrado foram tidas como base as garantias éticas e morais. Quando se inicia uma investigação, mesmo que com a intenção de progresso científico e a descoberta de novos conhecimentos que possam aumentar o leque de opções em saúde, devem ser tomadas todas as diligências para garantir a proteção das pessoas envolvidas e dos dados obtidos sobre elas.

Para Fortin (1999), o respeito pela pessoa, pelos seus direitos e pela sua dignidade devem ser limites à investigação. Assim com a OE (2006) refere a necessidade de se proteger sempre os mais frágeis e vulneráveis durante o estudo de populações que normalmente estão física e/ou psicologicamente afetadas.

Durante a execução do estudo todas as formalidades relativamente a proteção dos direitos e liberdade das pessoas foram asseguradas, tendo em conta o consentimento informado a apresentação dos objetivos do estudo, explicação de questões referentes à participação da pessoa, procedimento de investigação, riscos e benefícios da participação e anonimato/confidencialidade.

Para a implementação dos instrumentos de colheita de dados foi planeado contato pessoal com os cuidadores informais por forma a saber a sua disponibilidade para o estudo e agendar posteriormente entrevista em contexto de visita domiciliária.



Posteriormente à análise dos resultados da aplicação desses instrumentos chegar-se-ia ao seguinte quadro de diagnósticos de enfermagem, mediante a CIPE, definidos pelo EESMP em contexto de VD (Ferreira, 2019).

Quadro nº.1- Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	Dados
Autocuidado comprometido  <u>Dependente</u> -ajuda total;  <u>Ineficaz</u> - lava a cabo as atividades, mas necessita de ajuda;  <u>Negligenciado</u> - desinteresse, necessita de incentivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade física/ recreativa;</li> <li>• Arranjar-se;</li> <li>• Comer/beber;</li> <li>• Sono-reposo;</li> <li>• Higiene/ vestuário;</li> <li>• Ir ao sanitário.</li> </ul>
Adaptação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de disposição para gerir novo desafio;</li> <li>• Incapacidade de modificar o estilo de vida ou comportamento de forma consistente;</li> </ul>
Gestão ao Regime Terapêutico ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão de incumprimento ou não participação na atividade;</li> <li>• Desenvolvimento de sintomas clínicos;</li> <li>• Não reconhece/aceita que está em desequilíbrio;</li> <li>• Segue as indicações dadas pelos profissionais de saúde de forma inconsistente.</li> </ul>
Ansiedade presente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida (acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e pulso, palidez, pupilas dilatadas, sudorese e voz trémula).</li> </ul>
Desolação, Tristeza presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho;</li> <li>• Falta de perspetivas de vida;</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão de desespero.</li> </ul>
Conhecimento Adequado	Não	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O PCI demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos para assistir o utente sobre AVD, regime terapêutico, sono, dor, ansiedade e novas situações e desafios;</li> <li>• Prevenir infeção, manter relação dinâmica, precauções de segurança (quedas, úlceras de pressão).</li> </ul>
Coping Ineficaz		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de resolução de problemas diminuída/insatisfatória;</li> <li>• Recursos de satisfação das exigências da vida ou de garantir autoestima positiva ineficazes;</li> <li>• Não adota comportamentos promotores de redução de stress;</li> <li>• Incapacidade de atingir os objetivos dos papéis e necessidades.</li> </ul>
Papel do Prestador de Cuidados Informal (PCI) Ineficaz		<ul style="list-style-type: none"> <li>• As tentativas de suporte ou assistência do PCI não obtêm resultados satisfatórios;</li> <li>-O PCI demonstra/verbaliza não possuir capacidades para assistir o utente, ter precauções de segurança, desenvolve impotência ou dependência inativa do utente</li> <li>-O PCI por problemas que o afetam como indivíduo (doença, emprego, situação financeira...) temporariamente não pode exercer o seu papel de cuidador.</li> </ul>
Relação Dinâmica Ineficaz		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamentos com os outros provocam sentimentos negativos;</li> <li>• Desempenho rígido de papéis;</li> <li>• Expressão de sentimentos/emoções inadequada;</li> <li>• Desarmonia/inexistência de objetivos nas relações;</li> <li>• Partilha de atividades recreativas inadequada;</li> <li>• Não partilha de responsabilidades, valores, crenças e tradições.</li> </ul>
Stress do Prestador de Cuidados Informal demonstrado (sobrecarga)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• O PCI descreve preocupação com reação pessoal face a situação do utente;</li> <li>•Distorção da realidade;</li> <li>•Decisão/ação familiar minam bem-estar;</li> <li>•PCI foge ou entra em comunicação limitada ou hostil.</li> </ul>

Interação Social Diminuída	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evita participar em atividades sociais;</li><li>• Sem pessoas significativas na sua vida.</li></ul>
----------------------------	---

Analisando os diagnósticos encontrados reconhece-se a invasão da linha de defesa dos prestadores de cuidados tidos como alvo desta intervenção. Entende-se que a intervenção do EESMP se situa ao nível da prevenção secundária, proteção da estrutura básica e fortalecimento das linhas internas de resistência, traduzindo-se no tratamento de sintomas, conservação da energia e reconstituição (Neuman, 2011).

Quando acontece a invasão da linha de defesa o desenvolvimento das competências para cuidar ficam comprometidas, tornando-se essencial restaurar esta linha capacitando os cuidadores para lidar com o stress e sobrecarga, restaurando desta forma a estabilidade do sistema-cliente (Neuman, 2011).

### 5.3-DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Fortin (2003, p.100), refere que “o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Após o cumprimento do diagnóstico da situação e seguindo a metodologia de projeto devem ser definidos objetivos que se centrem na resolução do problema, apresentando quais os resultados que se pretendem alcançar. Estes devem ser claros, precisos, exequíveis, mensuráveis e formulados em enunciado declarativo (Ruivo et al., 2010).

#### **Objetivo geral:**

- Planear uma visita domiciliária semanal aos cuidadores informais de doentes inscritos na RNCCI, em ECCI na UCCOA, na qual será implementado um programa de intervenção especializado de enfermagem no âmbito

psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ao cuidador informal, visando a melhoria e/ou recuperação da sua saúde mental.

**Objetivos específicos:**

- Promover a expressão de sentimentos dos cuidadores informais dos doentes inscritos na RNCCI- ECCI, da UCCOA;
- Identificar as necessidades dos cuidadores informais dos doentes inscritos na RNCCI- ECCI, da UCCOA;
- Otimizar os conhecimentos dos cuidadores informais dos doentes inscritos na RNCCI-ECCI, da UCCOA face ao processo de saúde/doença;
- Capacitar os cuidadores informais dos doentes inscritos na RNCCI- ECCI, da UCCOA para o desenvolvimento de estratégias adaptativas, face à doença do seu familiar;
- Planear o cuidado de Enfermagem Especializada em Saúde Mental para o cuidador, através das intervenções psicoterapêuticas individualizadas e eficazes na promoção da sua saúde mental;
- Diminuir o risco de doença mental cuidadores informais dos doentes inscritos na RNCCI- ECCI, da UCCOA;
- Diminuir a sintomatologia instalada nos cuidadores informais relacionadas com o processo de cuidar;
- Promover o envolvimento dos cuidadores informais no processo terapêutico;
- Promover a aliança terapêutica entre o cuidador, doente e enfermeiro.
- Avaliar eficácia das intervenções psicoterapêuticas.

#### 5.4-PLANEAMENTO

Nesta fase, e uma vez já definidos os objetivos é necessário analisar as estratégias para que estes sejam atingidos, identificando as atividades a desenvolver. Devem ser tidos em conta os recursos necessários e as condicionantes que coexistem (Ruivo et al.2010). Inclui a elaboração de um plano detalhado das intervenções que se pretendem realizar

fazendo-se um levantamento dos recursos, das limitações, dos métodos e técnicas a utilizar. Estes últimos estão intimamente ligados com os objetivos previamente definidos (Miguel, 2006, citado por Ruivo et al., 2010).

Quadro nº2 - Cronograma de Sessões

	Ano 2020									
	Semanas									
Sessões planeadas em contexto de VD	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Sessão 0- Avaliação Inicial										
Sessão 1- Cuidador Informal										
Sessão 2- Promoção de Relações Interpessoais										
Sessão 3- Educação para a saúde: AVD'S										
Sessão 4- Ensino sobre doença										
Sessão 5- Gestão do Regime Terapêutico										
Sessão 6- Gestão de Emoções: Tristeza										



Sessão 7- Gestão de Stress: Ansiedade										
Sessão 8- Estratégias de Coping										

Reconhece-se a importância de desenvolver práticas à família e particularmente ao cuidador informal. Desta forma decidimos apresentar uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenções, a realizar com os cuidadores informais famílias das pessoas dependentes inscritos na RNCCI, em ECCI.

As sessões planeadas promovem a partilha de sentimentos e experiências vivenciadas, o aumento de conhecimentos, identificação e adequação de estratégias adaptativas de apoio emocional, treino de competências, resolução de problemas, bem como, inerentes à prestação de cuidados no quotidiano.

Esta proposta de cuidado de ESMP foi elaborada para a UCCOA contempla um contato telefónico inicial para validar critérios de inclusão/exclusão e solicitar consentimentos, posteriormente serão efetuadas um conjunto de nove sessões, dinamizadas semanalmente em contexto de visita domiciliária, com a duração prevista de 60 minutos, dirigidas ao cuidador informal. A sessões encontram-se já enumeradas no cronograma, sendo que a ordem em que são efetuadas irá depender da avaliação feita semanalmente podendo incidir-se na temática que se verifique ser a mais adequada em cada momento. Terá uma duração inicial de 10 semanas podendo prolongar-se se a avaliação às mesmas se verificar positiva e se mantiverem as necessidades dos mesmos ou de outros cuidadores.

Serão privilegiados os métodos expositivos, ativos e interrogativos de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. Relativamente aos recursos humanos necessários é fundamental a participação de dois enfermeiros em que pelo menos um dele é EEESMP. Quanto aos recursos materiais será necessária uma

coluna de som, computador, colchões individuais, folhas de papel A4, marcadores e/ou lápis de cor, caixas organizadoras/doseadoras de medicação e folhetos informativos.

A elaboração da presente proposta de cuidado de ESMP não foi testada no contexto onde foi realizado o Estágio Final, mesma foi elaborada com o intuito de se constituir, futuramente e mediante aprovação no local de realização de estágio, como um elemento orientador da prática clínica no apoio ao cuidador informal, com base na evidência científica encontrada.

## 5.5-EXECUÇÃO

Seguidamente serão apresentadas no Quadro nº. 4 as sessões a realizar, bem como as prescrições de enfermagem que, são passíveis de serem realizadas na visita domiciliária com o cuidador informal. Serão apresentados os objetivos e as intervenções de enfermagem para cada uma (Amaral, 2010). Prevê-se alcançar resultados positivos, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem formulados.

Quadro nº.3- Sessões terapêuticas a implementar na UCCOA

SESSÃO 0- Avaliação Inicial		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Identificar PCI	Determinar o colaborador na assistência ao utente.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar aceitação do papel de cuidador;</li><li>• Avaliar conhecimentos/capacidade do PCI em assistir o utente;</li><li>• Determinar a forma como o comportamento do PCI afeta o utente;</li><li>• Explicar procedimentos de diagnóstico e tratamento;</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar decisões construtivas do PCI sobre as necessidades de saúde do utente;</li> <li>• Registrar o nome, grau de parentesco/ligação afetiva e contato telefónico;</li> <li>• Informar sobre consentimento informado.</li> </ul>
Avaliar a saúde	Determinar desequilíbrios na saúde ou detetar riscos de problemas de pela análise da história pregressa, exames complementares e colheita de dados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar a utilização de instrumentos de avaliação da saúde válidos e confiáveis;</li> <li>• Avaliar sinais vitais;</li> <li>• Executar exame físico;</li> <li>• Informar sobre o propósito e resultados da avaliação;</li> <li>• Obter história de saúde do utente/família.</li> </ul>

SESSÃO 1- Papel de Cuidador Informal		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Negociar contrato com o utente/PCI	Facilitar a elaboração de um contrato com utente/PCI para reforçar mudança específica de comportamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir no estabelecimento de limites de tempo realistas;</li> <li>• Assistir a identificar práticas de saúde que deseja modificar;</li> <li>• Encorajar a identificar pontos fortes e fracos;</li> <li>• Estabelecer os papéis do utente e PCI;</li> <li>• Identificar a capacidade mental e cognitiva do utente/PCI;</li> <li>• Promover ambiente franco e de aceitação.</li> </ul>
Aconselhar utente/ PCI	Informar através de processo interativo e empático, o utente/PCI, sobre formas de identificação de necessidades, problemas, sentimentos, no sentido de iniciarem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a duração da relação de aconselhamento;</li> <li>• Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis;</li> <li>• Identificar as diferenças entre a visão do utente sobre a situação pela da equipa de saúde;</li> </ul>

	ou otimizarem mecanismos de defesa ou habilidades de resolução de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir sobre técnicas de reflexão e esclarecimento facilitando a identificação da situação que causa sofrimento;</li> <li>• Limitar processo de decisão quando utente sob stress;</li> <li>• Solicitar ao utente/PCI que identifique o que consegue ou não fazer, sobre o que está a ocorrer.</li> </ul>
Determinar metas mútuas	Estabelecer com o utente/PCI metas de cuidados ou comportamentos, priorizando-as na elaboração do plano a traçar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir na elaboração de um plano realista de atividades para alcançar metas;</li> <li>• Assistir a fragmentar as metas complexas em etapas menores e mais simples;</li> <li>• Assistir no desenvolvimento de expetativas realistas para o desempenho de papéis;</li> <li>• Avaliar estado atual relativo a cada meta;</li> <li>• Efetuar uma escala relativa aos resultados esperados para cada meta, identificando os níveis com eventos comportamentais ou sociais;</li> <li>• Coordenar datas de revisão da escala;</li> <li>• Motivar a definição de metas claras, evitando alternativas;</li> <li>• Organizar e aplicar uma escala de obtenção de metas positivas.</li> </ul>
Apoiar na tomada de decisão	Facilitar a tomada de decisão do utente/PCI relativa ao cuidado de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir na explicação da decisão a outros;</li> <li>• Determinar diferença entre a visão do utente e PCI;</li> <li>• Facilitar articulação das metas de cuidado do utente;</li> <li>• Informar sobre soluções alternativas (vantagens e desvantagens).</li> </ul>



SESSÃO 2- Promoção de Relações Interpessoais		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Facilitar envolvimento familiar	Motivar a participação da família no cuidado emocional e físico do utente/ PCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar opções de cuidados em casa (grupo de convivência, folga);</li> <li>• Assistir familiares a identificar capacidades e dificuldades;</li> <li>• Determinar o nível de dependência do utente relativamente à família;</li> <li>• Encorajar familiares a protegerem as relações familiares;</li> <li>• Identificar expetativas (e preferências de envolvimento) dos familiares;</li> <li>• Oferecer à família informações essenciais sobre o utente.</li> </ul>
Promover suporte familiar	Encorajar o apoio dos familiares, atendendo às necessidades da família.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir familiares a identificar e resolver conflitos;</li> <li>• Explicar aos familiares como contactar o enfermeiro;</li> <li>• Identificar e diminuir discrepâncias entre expetativas;</li> <li>• Promover relação de confiança com a família.</li> </ul>
Aumentar a socialização	Promover capacidades da pessoa para interagir com outros indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a identificar os pontos fortes e fracos das relações;</li> <li>• Encorajar envolvimento nas atividades sociais;</li> <li>• Encorajar paciência no desenvolvimento de relações;</li> <li>• Facilitar o envolvimento no planeamento das atividades;</li> <li>• Oferecer feedback quando alcança metas;</li> <li>• Promover interação social.</li> </ul>
Executar terapia recreacional	Intensificar interações sociais do PCI, através de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar transporte para atividades recreativas;</li> <li>• Assistir na escolha das atividades favoritas e significativas;</li> </ul>

	atividades recreativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a identificar as dificuldades de interação;</li> <li>• Determinar capacidade física, mental e social para participar na atividade;</li> <li>• Oferecer reforço positivo para a participação nas atividades;</li> <li>• Providenciar atividade voltada para a redução da ansiedade;</li> <li>• Supervisionar sessão recreativa.</li> </ul>
--	-------------------------	---

SESSÃO 3- Educação para a Saúde- AVD`S		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Assistir no autocuidado	Ajudar o PCI a iniciar, realizar ou terminar AVD`S.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar necessidade de dispositivos para as AVD;</li> <li>• Estabelecer uma rotina;</li> <li>• Encorajar a independência do utente e monitorizar a sua capacidade;</li> <li>• Providenciar os artigos pessoais desejados.</li> </ul>
Apoiar a família ou PCI	Oferecer apoio e informação para facilitar a continuidade da prestação de cuidados no domicílio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar PCI no autocuidado;</li> <li>• Informar sobre recursos comunitários de cuidados de saúde;</li> <li>• Encorajar a aceitação da interdependência entre os membros da família;</li> <li>• Encorajar o cuidador nas responsabilidades;</li> <li>• Ensinar ao PCI técnicas de controlo de stress;</li> <li>• Identificar a dependência do utente relativamente ao cuidador;</li> <li>• Identificar as dificuldades do papel do cuidador;</li> <li>• Informar sobre condição do utente;</li> <li>• Oferecer acompanhamento assistencial telefónico.</li> </ul>

SESSÃO 4- Educação para a Saúde sobre doença		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Ensinar o indivíduo (Utente-PCI)	Desenvolver, implementar e avaliar um programa de ensino, elaborado para atender às necessidades especiais do PCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar estilo de aprendizagem do PCI;</li> <li>• Avaliar progresso e domínio do conteúdo;</li> <li>• Documentar material escrito em relação à informação ou comportamentos que indiquem aprendizagem;</li> <li>• Estabelecer a necessidade do programa e credibilidade do formador;</li> <li>• Identificar necessidades de aprendizagem e objetivos a alcançar;</li> <li>• Oferecer instrução;</li> <li>• Planear e otimizar material didático;</li> <li>• Promover ambiente adequado à aprendizagem;</li> <li>• Providenciar tempo para perguntas e discussão.</li> </ul>
Ensinar sobre o processo de doença	Assistir o PCI na aquisição de conhecimentos, habilidades e equipamentos necessários a uma decisão sobre cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar o que a pessoa já fez para controlar os sintomas;</li> <li>• Analisar mudanças no estilo de vida que podem controlar o processo de doença;</li> <li>• Avaliar nível de conhecimentos sobre doença específica;</li> <li>• Descrever os sinais e sintomas comuns da doença;</li> <li>• Explicar fisiopatologia da doença;</li> <li>• Informar sobre possíveis complicações;</li> <li>• Oferecer tranquilização sobre condição do doente;</li> <li>• Orientar sobre formas de lidar com a pessoa</li> <li>• Reforçar informações oferecidas com distribuição de material escrito.</li> </ul>

SESSÃO 5- Gestão do Regime Terapêutico		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Gerir regime terapêutico	Promover uma gestão eficaz da medicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover ambiente que leve à aprendizagem;</li> <li>• Ensinar o PCI sobre medicação dirigida à pessoa cuidada;</li> <li>• Ensinar sobre estratégias de gestão da medicação;</li> <li>• Oferecer escuta ativa: encorajar a expressão sentimentos de ansiedade, medo ou tristeza;</li> <li>• Promover suporte emocional: discutir com o PCI as suas experiências emocionais, proporcionar ajuda na tomada de decisões;</li> <li>• Avaliar o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos;</li> <li>• Oferecer ao PCI material de consulta rápida tais como panfletos educativos;</li> <li>• Enumerar os principais aspetos a reter da sessão realizada;</li> <li>• Reforçar positivamente a participação.</li> </ul>

SESSÃO 6- Gestão de Emoções: Tristeza		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Escutar ativamente	Prestar atenção e agregar sentido às mensagens verbais e não verbais, numa interação formal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar a perceção e sensibilidade às emoções;</li> <li>• Atender às palavras evitadas e à mensagem não verbal;</li> <li>• Demonstrar interesse na escuta;</li> <li>• Determinar o sentido da mensagem, marcando o tempo de resposta;</li> <li>• Encorajar expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações;</li> <li>• Estabelecer o propósito da interação;</li> <li>• Evitar barreiras na escuta.</li> </ul>



Disponibilizar presença	Disponibilizar tempo para estar com o utente/PCI, física e psicologicamente, durante períodos de necessidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer confiança e atenção positiva;</li> <li>• Informar utente da disponibilidade, sem reforçar comportamentos de dependência;</li> <li>• Manter presença física sem esperar interação (silêncio).</li> </ul>
Disponibilizar suporte emocional	Oferecer segurança, aceitação e encorajamento durante períodos de desequilíbrio emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar o desequilíbrio emocional- determinar o que determina as emoções;</li> <li>• Encorajar e assistir no reconhecimento e expressão de sentimentos;</li> <li>• Encorajar o diálogo/choro para reduzir a resposta emocional;</li> <li>• Identificar as consequências de não lidar com os sentimentos – assistir na tomada de decisão;</li> <li>• Oferecer apoio.</li> </ul>

SESSÃO 7- Gestão de Stress: Ansiedade		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Aliviar a ansiedade	Diminuir a apreensão, inquietude, pressentimento ou desconforto relacionado a uma fonte não identificada de perigo antecipado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizar presença;</li> <li>• Explicar intervenções e sensações relacionadas; facilitar a redução muscular, mediante tensão e relaxamento de sucessivos grupos musculares, enquanto há perceção das diferentes sensações resultantes.</li> <li>• Informar sobre expetativas da situação;</li> <li>• Promover participação em atividades lúdicas (distração);</li> <li>• Promover utilização de objetos que simbolizem segurança.</li> </ul>
Executar relaxamento muscular progressivo		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a concentrar e a sentir-se confortável;</li> <li>• Examinar o PCI para garantir que o grupo muscular específico está relaxado;</li> <li>• Executar lentamente a conclusão do relaxamento;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir a contrair cada grupo muscular;</li> <li>• Instruir a não contrair os músculos dos pés mais que 5seg.;</li> <li>• Monitorizar indicadores de não relaxamento;</li> <li>• Orientar a concentrar-se nas sensações musculares enquanto músculos estiverem contraídos e relaxados, alternadamente;</li> <li>• Orientar para respirar profundamente, devagar e libertar a respiração e tensão;</li> <li>• Permitir que expresse sentimentos relativos à intervenção.</li> </ul>
--	--	--

SESSÃO 8- Estratégias de Coping		
Prescrição	Objetivo	Intervenções
Promover o coping	Assistir o PCI a alterar as formas de lidar com ameaças ou limitações que interferem na satisfação das necessidades básicas e desempenho de papéis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar experiência cultural e espiritual do PCI;</li> <li>• Assistir a avaliar objetivamente a situação;</li> <li>• Encorajar a autoavaliar o comportamento e capacidades;</li> <li>• Encorajar a ter uma atitude de esperança realista sobre a situação;</li> <li>• Identificar os mecanismos de coping a utilizar;</li> <li>• Otimizar o mecanismo de coping mais eficiente.</li> </ul>
Promover a melhoria de papel	Assistir o PCI a melhorar as relações através do esclarecimento e complementarização de comportamentos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a identificar mudanças e estratégias necessárias ao papel;</li> <li>• Assistir a identificar o seu papel na família;</li> <li>• Assistir a identificar os vários papéis no ciclo vital;</li> <li>• Facilitar a discussão de expectativas;</li> <li>• Facilitar oportunidade de desempenhar novos comportamentos;</li> <li>• Promover o ensaio de papel, fazendo o PCI antecipar as reações de outros.</li> </ul>

Executar reestruturação cognitiva	Assistir e encorajar a alterar padrões distorcidos de pensamento para que perceba a si e ao mundo que o rodeia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistir a identificar o sistema de crenças que afeta o estado de saúde;</li><li>• Assistir a identificar fatores que provocam stress;</li><li>• Assistir a reconhecer a irracionalidade de uma crença comparada à realidade;</li><li>• Assistir a tornar as autoafirmações irracionais em racionais;</li><li>• Assistir a verbalizar sentimentos negativos.</li></ul>
-----------------------------------	---	--

## 5.6-AVALIAÇÃO

A avaliação é essencial na determinação da eficácia e pertinência do percurso realizado, confrontando os objetivos com as estratégias utilizadas (Tavares, 1990).

Relativamente ao objetivo traçado que diz respeito à elaboração de uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção para realizar com cuidadores informais de pessoas dependentes inscritas na RNCCI, em ECCI podemos concluir que foi atingido. A realização desta proposta incorreu da formulação de diagnósticos de Enfermagem decorrentes da avaliação das necessidades dos cuidadores familiares a quem prestamos cuidados, e concordando com a literatura consultada, nos artigos científicos incluídos na RIL realizada e que fazem parte da evidência científica disponível, assim como, nas sugestões presentes na literatura inerentes à temática.

## 5.7- DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Este relatório de Mestrado no qual se utilizou a Metodologia de Projeto, será alvo de prova pública perante júri. Como tal, a RIL realizada acerca das intervenções do EEESMP que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI, da qual resultou

um artigo de investigação cujo objetivo será a sua publicação na comunidade científica, representam elementos de divulgação de resultados. Destacamos a necessidade de existirem mais publicações de enfermagem dentro desta temática, como forma de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na prática clínica.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas necessitam de cuidados ao longo de todo o seu ciclo vital, desde o seu nascimento até à sua morte. Quer a pessoa seja cuidada no domicílio quer seja cuidada numa instituição existe sempre a necessidade de ter cuidadores. Assim sendo, é fundamental envolver a família e particularmente o cuidador informal nos cuidados. Sabe-se que a forma como o cuidador vivencia a prestação de cuidados interfere na sua perceção de bem-estar e na sua qualidade de vida. Sabe-se que o papel prolongado de cuidador acarreta sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica pelo que durante este processo de cuidado os cuidadores vivenciam dificuldades associadas a necessidades relacionadas com o sono, fadiga, coping familiar comprometido e processos familiares desajustados. Desta forma, compete ao enfermeiro integrar o cuidador no processo de cuidado e permitir-lhe expressar as suas dificuldades e necessidades durante a prestação de cuidados.

O EESMP deve ter um papel ativo, mostrando e disponibilizando os recursos da comunidade e abordando de forma holística os cuidados individuais, adaptando-os às necessidades/sentimentos da pessoa que cuida, tornando-o um aliado na prestação de cuidados. A implementação de projetos na comunidade, baseados na prestação de cuidados de enfermagem com o objetivo de prevenção, deteção e atuação precoce nas alterações na área da saúde mental deste grupo populacional torna-se relevante para o EESMP. Importa promover a sua autonomia e servir de apoio contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida, assim como dos seus familiares dependentes.

Este Relatório de Mestrado procurou mostrar o trabalho desenvolvido durante este processo formativo, servindo de reflexão acerca do desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando a aquisição de conhecimentos e competências para a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que possibilitam a melhoria da qualidade dos cuidados e assentando na investigação e na

prática baseada na evidência, cumprindo os referenciais éticos e deontológicos inerentes à profissão.

A evidência mostra que para que o EESMP possa efetuar uma correta avaliação diagnóstica é essencial conhecer as necessidades percecionadas pelos cuidadores e partindo destas planear propostas de cuidado tendo em conta as intervenções terapêuticas que se identificaram através da RIL realizada. Verificou-se existir um número considerável de estudos descritivos acerca da problemática dos cuidadores, mas apesar disso, estudos experimentais sobre intervenções terapêuticas cuja eficácia esteja comprovada na promoção da saúde mental do CI, são diminutos. Com este Relatório de Mestrado esperamos contribuir para evidenciar a importância da temática e de se devolverem mais estudos sobre as intervenções terapêuticas que o EESMP pode desenvolver junto do cuidador familiar.

Partindo dos resultados dos estudos analisados, foi possível aferir que as intervenções terapêuticas implementadas pelo EESMP contribuem positivamente para a melhoria da saúde mental dos cuidadores, aumentando os conhecimentos relativamente à doença, as competências para cuidar da pessoa dependente no domicílio, possibilitando a expressão de sentimentos, promovendo a diminuição do isolamento social, bem como a probabilidade de desenvolvimento de características psicopatológicas. Realçamos que nenhum dos estudos incluídos na RIL é inerente à realidade portuguesa, pelo que concluímos ser necessário um maior investimento e acerca da implementação e desenvolvimento da temática estudada, no nosso país.

Os objetivos traçados no início deste Relatório foram alcançados pois foi relatado o trabalho desenvolvido e foi efetuada a descrição do desenvolvimento de Competências do EEESMP e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que facultaram a reflexão do crescimento pessoal e profissional alcançado ao longo deste percurso formativo. Pensamos ter promovido a melhoria da qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento de competências conseguido, contribuindo para ganhos em saúde para os utentes. Também a execução do projeto de intervenção contribuirá para a continuidade de cuidados de saúde mental e psiquiátrica na comunidade, através da prestação de cuidados de saúde mental, no domicílio, ao cuidador informal, capacitando-os e apoiando-os.

Durante o percurso formativo foram sentidas algumas dificuldades e o trabalho apresenta algumas limitações. Realça-se a grande incerteza no que diz respeito ao início do projeto no que concerne à sua metodologia, sentindo dificuldades de planeamento para a sua operacionalização.

Tendo em conta as perspetivas futuras, gostaríamos de ver publicado o artigo científico que resultou da RIL realizada, como meio de divulgação da importância da temática estudada e dos resultados obtidos, e que pensamos podem contribuir para a qualidade dos cuidados prestados na prática clínica já que têm em conta a evidência científica disponível. Por outro, esperamos que a proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras da intervenção terapêutica, a realizar com o cuidador informal, na UCCOA, possa servir como um elemento orientador da prática clínica nesse contexto.

Concluindo, parece-nos que é essencial continuar a aprendizagem, desenvolver novas ferramentas de ajuda à pessoa/ família, atuando criticamente e refletindo diariamente acerca do cuidado e adotando uma prática humanizada e participativa na sociedade, com a consciência dos limites da nossa ação e visando sempre melhorar a prestação de cuidados especializados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Agrupamento de Centros de Saúde Serra D'Aire (2019). Plano de Ação da UCC de Alcanena. Alcanena: Centro de Saúde de Alcanena.
- Alves, J., Almeida, A., Mata, M., Pimentel, M. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: a sobrecarga familiar. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Amaral, A.C. (2010). Prescrições de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusodidacta
- American Psychiatric Association. (2014). DSM 5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed (5ª edição).
- American Psychiatric Association (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). American Journal of Psychiatry, 159 (Suppl.), 1-50.
- Andrade, A.C.F. (1999). Abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. Revista de Psiquiatria Clínica, 26 (6), 1-8.
- Antunes, R. (2016). Promoção da Adesão Terapêutica na Pessoa com Doença Mental. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Araújo, B. (2019). Efeito do Exercício Físico sobre sintomas de ansiedade e depressão em mulheres. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Caicó, Brasil.
- Araújo, I. M., Paúl, C. & Martins, M. M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. Referência, III série (2), p.p. 45-53
- Araújo, I. M., Paúl, C. & Martins, M. M. (2009) – Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 8, nº 2, p.p. 191-197



- Araújo, I. M., Paúl, C. & Martins, M. M. (2008) - Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade - um desafio. Referência. Série 2, nº 7, p.p. 43-53
- Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. Revista de Enfermagem Referência, III Série nº 6, p.p. 95 – 102. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a09.pdf>
- Assembleia da República (2018). Lei nº 49/2018 publicada em Diário da República n.º 156/2018, 1ª Série. Nº 156 de 14 de agosto de 2018, 4072-4086
- Basco, M.R. & Rush, A.J. (2005). Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. New York: The Guilford Press-2nd Edition.
- Bidarra, M. (2009). Livro de Atas, A saúde Mental e a Vulnerabilidade Social, Editorial: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM), Maia. ISBN: 978-989-96144-1-3.199-209. Disponível em: [https://issuu.com/spesm/docs/e-book\\_informacao\\_saude\\_mental](https://issuu.com/spesm/docs/e-book_informacao_saude_mental)
- Borba, L. O., Schwartz, E.; Kantorski, L. P. (2008) A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.21, n.4, p. 588-59. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>.
- Boterf, G. (2003). Développer la compétence des professionnels. 4ª edição. Paris. Édition d'Organisation.
- Brandes, D., Phillips & Howard. (1997) Manual de Jogos Educativos. Moraes Editores, Lisboa.
- Callahan, M.A. & Bauer, M.S. (1999). Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. The Psychiatric Clinics of North América, 22, 675-88.
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Casanova, M. P. (2008). Relatório: Algumas Normas Metodológicas. Ramada: Escola Secundária da Ramada.

- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2011). Versão 2. International Council of Nursing [ICN]. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN Nacional: 978-989-8444-35-6
- Colom, F. & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. 3), 47-50.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Reinares, M., et al. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6, 294–8.
- Costa, A. A. C., Amaral, A. C., Sequeira, C. A. C., Henriques, B. M. R., Almeida, E. F. M. S., Água, N. J. P. B., Simões, R. M. P., Silva, S. M. S., Cruz, V. L. L. C. (2018). Ordem dos Enfermeiros. Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. p.p 1–47. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Correia, M.G. (2019). Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Setúbal, Portugal
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Ministério da Saúde. Diário da República: I Série A, n.º 109, p.p. 3856-3865 Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-lei n.º 137/2013 de 7 de outubro art.º 11º (2013). Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 7 de outubro de 2013, 6053.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, 1ª série nº 157. Artigo 15º. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Deodato, S. (2014). Decisão Ética em Enfermagem - Do problema aos Fundamentos para o Agir. Coimbra: Almedina.
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Plano Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2014). Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool (Norma nº 030/2012 de 28 de dezembro, atualizada em 18/12/2014).
- Direcção-Geral de Saúde. (2004). Circular normativa n.º13/DGCG - Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Ministério da Saúde.
- Doenges, M. E; Moorhouse M. F. & Geissler, A. C. Planos de cuidados de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente. Rio de Janeiro, 2000. RJ – CEP 200440-040.
- Donaghy, Payne & Bellamy (2005). Relaxation Techniques: A Pratical Handbook for the Health Care Profissional. ISBN 10: [044307447X](#) / ISBN 13: [9780443074479](#)
- Duque,A.S., (sd). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI).
- Eloia, S. C., Mara, S., & Eloia, C. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental : uma revisão integrativa, 996–1007. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140085>
- Eurocarers, (2017). The European Pillar of Social Rights and the ‘New Start’ initiative on Work/Life balance: why are they relevant for Eurocarers? Disponível em: <https://eurocarers.org/about/Update%2014%20June%202017.pdf>
- Ferré-Grau, C., Lleixà-Fortuño, M., Martins, D., Neves, P., Sequeira, C., Sousa, L. (2017). Necessidades dos Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência a Residir no Domicílio: Revisão Integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, p.p. 45-50. doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166>
- Ferreira, S. (2019). Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental Grave através da Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Escola Superior de Setúbal, Setúbal, Portugal
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos, 15, 1-37. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)



- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. RAC, Edição Especial, pp. 183-186.
- Figueiredo, M.H. (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusociência
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editora
- Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 7, nº2, p. 34-47.
- FFMS. (2018). Retrato de Portugal na Europa. Lisboa: PORDATA. Disponível em novembro, 11, 2019 em <https://www.ffms.pt/FileDownload/23be94a2-68cd-41fa-8e04-fa67df7f0213/retrato-de-portugal-na-europa-2018>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Freese, B. (2002). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. Tomey & M. Alligod. 5ªEd., Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Loures: Lusociência
- Galdeano L.E., Rossi L.A., Zago M.M.F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, maio-junho; 11(3):371-5.
- George, J. et al. (2000). Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional, 4ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-7307-587-2
- Gonçalves-pereira, M., & Xavier, M. (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. Análise Psicológica, 2 (XXV), 241–255. doi: 10.14417/ap.443
- Grilo, E. (2014). O cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal



- Hesbeen, W. (2000) – Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência. p.201 ISBN 972-8383-11-8.
- Horta, W.A. (2005). Processo de Enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.
- Huxley, N.A, Parikh, S.V. & Baldessarini, R.J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8 (3), 126-40.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). Estatísticas Demográficas (Edição 2018). Lisboa, Portugal: Editor Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Estado civil; Decenal. Acedido em 22 de fevereiro de 2019 em <http://www.ine.pt>
- Instituto da Segurança Social (2014). Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Instituto da Segurança Social, I.P. Disponível em: [http://www.segsocial.pt/documents/10152/27195/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](http://www.segsocial.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)
- Johnson, B. (2000). Enfermeria Psiquiátrica y de Salud Mental. Vol. I e II. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Espana, SAV.
- Jomar, R. & Abreu, Â. (2012). Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro. jul/set; 20(3): 386-90.
- Jorge, F., Moreira, M., Pereira, M., Barroso, T. (2017). Intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes de uma unidade de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*. jul/ago/set; 4 (14): 79 – 88.
- Kantrowitz-Gordon, I. (2013). Expanded Care for Women and Families after Preterm Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(2), 158-166.
- Keltner, N., Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007) *Psychiatric Nursing*. Elsevier Mosby, St. Louis. 5ª Edição

- Kemmis, S. (1985). Action research and the politics of reflection. In Boud, D., Keogh, R. & Walker, D., Reflection: Turning experience into learning. Londres: Kogan Page (139-163).
- Leal, T. (2006). A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades. Loures: Lusociência, 218 p. ISBN 978-973-8930-20-2.
- Leite, E., Malpique, M., Ribeiro dos Santos, M. (2001). Trabalho de Projeto I: Aprender por projetos centrados em problemas. 3ª Ed. Porto: Edições Afrontamento
- Lintner, N. & Gray, B. (2006) Childbearing & Depression: what Nurses need to know. Association of Women. Winnipeg. 10 50-57.
- Lopes, R. (2012). Biblioterapia: um estudo de caso da prática de leitura realizada com pessoas com necessidades psicossociais. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de bibliotecnologia e comunicação.
- Loureiro, L., Pereira, M., Fernandes, M., Oliveira, J. (2015). Percepção de enfermeiras sobre a tensão do papel de cuidador. Revista Baiana de Enfermagem.
- Luis, J., & Baião, C. (2018). Cuidar de quem cuida. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Évora, Portugal
- Machado, S. (2012). Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, no desempenho das suas funções, à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana. Universidade da Madeira, Madeira, Portugal.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Manoel, M.F., Teston, E. F., Waidman, M. A. P., Decesaro, M. N., Marcon, S. S. (2013). As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador informal. Revista Enfermagem – Escola Anna Nery, 17 (2), p.p. 346-353. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>
- Mão de Ferro, A. (1999). Na Rota da Pedagogia. Lisboa: Edições Colibri
- Marie Donaghy, Rosemary A. Payne, Keith Bellamy. (2005). Relaxation Techniques: A Practical Handbook for the Health Care Professional. Elsevier, Philadelphia.

- Marques, M. & Lopes, M. (2015). O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 51-56.
- Marques, S. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise accidental na família*. Coimbra: Formasau.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer.
- Melo, R., Rua, M. & Santos, C., (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Referência – Série IV, nº 2, p.p. 143-151*. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>.
- Mendes, C. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Caso Particular da Biblioterapia*. Lisboa: ESEL.
- Mendes K, Silveira R, Galvão C., (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet]. [cited 2012 fev6]; 17(4), p.p. 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Mendes, F. R. P. & Mantovani, M.F. (2010). Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Rev. bras. enferm.*,63 (2), 209-215. Acedido setembro 26, 2014, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200007>.
- Ministério da Saúde (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Acedido a 20 de Março de 2019 em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-deinformacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34a8e8-d22502108547>
- Ministério da Saúde, (2017). Relatório Anual – Relatório e Contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2018/09/Relatorio\\_e\\_Contas\\_2017\\_.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2018/09/Relatorio_e_Contas_2017_.pdf)



- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. [Em linha] Coordenação nacional para a saúde [Consult. a 19 de março de 2013].Disponível na internet «URL: [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental20072016\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental20072016_resumoexecutivo.pdf)
- Ministério da Saúde. (2007). Missão para os Cuidados de Saúde Primários: Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Portugal.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2006) Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância:Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 46 p.
- Moita, V. (2014). À descoberta de mim e dos outros... Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria, Portugal.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model. (P. Education, Ed.) (Fifth Edit). Boston: Pearson Education, Inc.
- Njoku, G. U. (2015). The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level. Walden University. Retrieved from <http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104424563&site=ehost-live>
- Nogueira, N.R. (2005). Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores. Tatuapé: Editora Érica.
- Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos - na encruzilhada do presente. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per\\_esp\\_dia\\_enf.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf)
- OMS (2001). Intervenções Breves para o Consumo de Risco e Nocivo de Bebidas Alcoólicas: Manual para Utilização nos Cuidados Primários de Saúde. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias.
- Ordem dos Enfermeiros. Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. p.p 1-47. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3odocumenta%C>



[%A7%C3%A3o\\_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-  
psiqui%C3%A1trica\\_ausculata%C3%A7%C3%A3o\\_vf.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

OE. (2011a). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2.a Série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, 8648– 8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria. Diploma que cria um conjunto de unidades e equipas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. 28 de janeiro.

Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2012). Divulgar. Edição: Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002 Revisão e reimpressão: agosto.

Pauchet-Traversat, A.F., Besnier, E., Bonnery, A.M., Gaba, L. (2003). Cuidados de enfermagem fichas técnicas. Fundamentos de enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidado. 3ª.Ed. Estudo Lusociência. ISBN: 972-8383-51-7. Pp. 273.

Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., Crozeta, K. (2009). A Prática Baseada em Evidências como Ferramenta para Prática Baseada Profissional do Enfermeiro. Revista Cogitare Enferm out/dez;14(4),p.p.3760. Disponível em:[https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod\\_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%A2ncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%A2ncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf)

Pereira, H. (2011). Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.

Pfaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures.

Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-84-3

Pordata, (2018). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Portugal. Decreto-Lei nº 265/99 de 14 julho. Diário da República nº 162/99 – I Série A

Portugal. Estatuto do Cuidador Informal. Lei 100/2019 de 6 de setembro. Diário da República.

Potter, P., Perry, A., (2006). Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos. 5º Ed. Lusociência. 1106 p. ISBN 9728930240.

Puig, Mt. et al. Qualidade de vida e carga sobre cuidadores informais de idosos dependentes na Catalunha. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [online]. 2015, n.14, pp.9-14. ISSN 1647-2160. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0100>.

Raynor, M. (2006) Pregnancy and the puerperium: the social and psychological context. Psychiatry, 5(1), 1-4.

Rebelo, M. F., Gonçalves, M. J., & Bolina, F. M. (2015). A 3ª Face da Lua - Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (2018). Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. Documento facultado pela coordenação do Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem em Associação.

Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. Diário da República 2ª série – N.º 122. Ordem dos Enfermeiros – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/923766/regulamento-356-2015-de-25-de-junho>

Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. Diário da República 2ª série – N.º 151. Ordem dos Enfermeiros – Regulamento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República: 2ª Série – Nº 26.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Reinaldo, A. M. S.C, Rocha, R. M. (2002). Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. [Em linha]. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol. 4, nº 2. Disponível na internet «URL <http://www.fen.ufg.br>.

Ribeiro, R. (2013). A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Rice, R., (2004). Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários. Lusociência, Loures. ISBN 972-8383-46-0

Robertson, E. et al. (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry. Toronto. 26 289-295.

Rogers, C. R. (1974). A terapia centrada no paciente. Lisboa: Moraes Editores.

Ruivo, A., Leal, P., Costa A., & Pereira, M. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos nº 15 (janeiro-março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem. ISSN: 16465067

Sá-Chaves I. (2000). Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro. (Cadernos didáticos. Série Sup.; 1). 57p.

Sanders, P. & Swinder, L. (1995). Para me conhecer. Para te conhecer... – Estratégias de Educação Sexual para o 1º e 2º ciclos do Ensino Básico. APF, Lisboa.

Sequeira, C. A. C. (2010b). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa, Portugal: Lidel - edições técnicas.

Sequeira, C. (2006). Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra: Quarteto Editora (1ª edição).



- Serrano, A., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3), pp. 15-23.
- Silva, M. C. et al. (2011) - Visita domiciliar na atenção à saúde mental. *Ciencia y Enfermeria XVII*. [Em linha] [Consult. a 15 de abril de 2019] Disponível na internet [URL: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art11.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art11.pdf)
- Sousa, L. et al (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166>
- Sotto Mayor, M. et al. (2008). Cuidadores de Pessoas com Demência – Cuidados Continuados. UNIFAI/ICBAS-UP; Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro; Centro de Enfermagem da Universidade Católica [Em linha] [Consult. a 23 de maio de 2019] Disponível na internet «URL <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/3714>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Stakes (2008). *Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente*. Trad. José Carlos Gomes. Finlândia: Projeto Monitoring Positive Mental Health Environments
- Stuart, G. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – princípios e prática*. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tavares, M. & Botelho, M., (2009). Prevenir a Depressão Pós-Parto Uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem* Vol. 13 N.º 2
- Tomás, C. & Gomes, J. (2014). Avaliação da Eficácia de um Programa de Desenvolvimento de Competências em Adolescentes com Vista à Promoção da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 2. fevereiro.
- Townsend, M. RN, MN, CS. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª Edição). Loures: Editora Lusociência



- Torrinha, A. (2017). Cuidadores familiares da pessoa com síndrome demencial: Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental. Relatório de Estágio, para Mestrado na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Vicente, J. (2011). As relações interprofissionais em equipas de saúde mental. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Vieira, G. D. B., Alvarez, A. M., Balbinot, J., & Girondi, R. (2011). O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização, 13(1), 78-89.
- Trindade, I., Almeida, D., Romão., M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., Braga, M., (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar. Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar, p.p. 178186. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v33i3.12160>
- World Health Organization. WHO. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Gontijo S. (Trad.). Brasília: Organização PanAmericana da Saúde.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1**

Estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

## Estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

<b>Estudo</b>  <b>(Autores),</b> <b>País e ano</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>Tipo de estudo e nível de evidência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Resultados</b>
Merlo P, Devita M, Mandelli A, Luisa M, Taddeucci R, Terzi A, et al.  (2017)  Itália	Este é um estudo piloto com foco na eficácia do Alzheimer's Café no alívio dos encargos de cuidadores e pessoas devido à demência.	Vários documentos de metanálise e revisão forneceram uma visão geral das intervenções mais eficazes com o objetivo de reduzir a carga dos cuidadores.  2.d  A	20 pessoas com diagnóstico de Alzheimer e 20 cuidadores.	Os cuidadores que ingressaram no Alzheimer's Café com pessoas com demência mostraram ter se beneficiado significativamente no cuidado diário de pessoas com demência, em termos de bem-estar total, vitalidade e carga emocional.
Day CB, Cristiane C, Kottwitz B, Oliveira N, Mocellin D, Predebon ML, et al.  (2018)  Brasil	O objetivo desta pesquisa é descrever uma intervenção educacional focada em cuidadores familiares de sobreviventes de AVC para o desenvolvimento de cuidados domiciliares no sul do Brasil.	Um estudo controlado randomizado (ECR), cego e com acompanhamento (2 meses após a alta hospitalar), designado como Intervenção Pós-AVC em Enfermagem (SHARE).  1.c  A	48 cuidadores familiares de sobreviventes de AVC será recrutado e dividido em dois grupos: 24 no grupo intervenção e 24 no grupo controle.	Espera-se que os resultados estatisticamente significativos demonstrem a redução do nível de carga e a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores familiares dos idosos sobreviventes de AVC. Como resultado secundário, acredita-se também que os sobreviventes de AVC melhorem sua capacidade funcional, reduzindo o uso dos serviços de emergência. Além disso, a intervenção SHARE promoverá o uso de serviços de atenção primária à saúde, e as readmissões hospitalares podem ser evitadas.
Rodríguez-gonzalo A, García-martí C, Ocaña-colorado A, Micheo MJB, Morel-fernández S.  (2015)  Espanha	Testar a eficiência de um programa de educação para cuidadores informais primários de pacientes dependentes hospitalizados em relação à sua carga, saúde mental e física e conhecimentos relacionados ao cuidado.	Estudo randomizado em Cluster.  1.c  A	151 participantes-cuidadores primários de pacientes hospitalizados e dependentes.	A carga dos participantes não melhorou, medida pelo Teste de Zarit (p=0,338), nem a saúde física (p=0,917) ou a saúde mental (p=0,345). No entanto, houve melhoria no cuidado com a higiene (p=0,001) e com a mobilidade (p= 0,001).



Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que promovem a saúde mental do cuidador informal do doente em ECCI

Goodman-casanova JM, Guzmán-parra J, Guerrero G, Vera E, Barnestein-fonseca P, Cortellessa G, et al.	Avaliar a eficácia do TV-AssistDem para melhorar a qualidade de vida em pessoas com comprometimento cognitivo leve ou demência leve.	Estudo controlado randomizado multicêntrico europeu de 12 meses.	240 díades participantes em dois países europeus (Espanha e Roménia). As díades participantes incluirão o PMCI / MD e seus cuidadores informais.	O resultado primário será a alteração da linha de base do TV-AssistDem na qualidade de vida dos pacientes aos 12 meses. Os resultados secundários serão as mudanças desde a linha de base de: 1) qualidade de vida do cuidador informal, 2) carga do cuidador informal, 3) adesão ao tratamento do paciente, 4) status funcional do paciente e 5) custo-efetividade da assistência médica aos 12 meses.
(2019)		1.c A		
Espanha e Roménia				

## **APÊNDICE 2**

Resumo Artigo científico-

Intervenções do EESMPP que promovem a saúde mental do cuidador  
informal do doente em ECCI

## RESUMO

**OBJETIVO:** Reconhecer as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que promovem a saúde mental do familiar cuidador, do doente em ECCI. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa da literatura acerca das intervenções de enfermagem especializada utilizadas com o cuidador informal, através da pesquisa em bases de dados e motores de busca (B-On e EBSCO), no período de 1 de janeiro de 2014 a 30 de novembro de 2019, utilizando as seguintes palavras-chave: nursing\* intervention, caregiver informal, dependent person. **RESULTADOS:** Foram analisados 4 estudos que contemplam intervenções de enfermagem especializada com cuidadores informais de doentes dependentes. Verificou-se existir um leque variado e inovador de intervenções que melhoram a saúde mental dos cuidadores, que aumentam o conhecimento acerca da sua saúde e da doença da pessoa cuidada, que proporcionam estratégias de coping familiar e de gestão de stress, bem como aquisição de conhecimento acerca dos recursos da comunidade existentes. **CONCLUSÕES:** O estudo permitiu identificar intervenções de enfermagem especializada que podem ser eficazes na promoção da saúde mental dos cuidadores informais. Concluiu-se haver a necessidade de continuar a efetuar-se investigação sobre esta temática, no sentido de desenvolver e implementar programas interventivos juntos dos cuidadores informais. **DESCRITORES:** nurs\* mental health, caregiver informal, dependent person.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To recognize the interventions of the nurse specialist in mental and psychiatric health that promote the mental health of family caregivers, patients in ECCI. **METHODOLOGY:** Na integrative literature review was conducted on specialized nursing interventions used with the informal caregiver, by searching databases and search engines (B-On and EBSCO), from January 1, 2014 to 30. November 2019, using the following keywords: nurs \* intervention, caregiver informal, dependent person. **RESULTS:** Four studies that analyzed specialized nursing interventions with informal caregivers of dependent patients were analyzed. A varied and innovative range

of interventions have been found to improve caregivers' mental health, increase knowledge about their health and the caregiver's illness, provide family coping and stress management strategies, as well as acquire skills. Knowledge about existing community resources. **CONCLUSIONS:** The study allowed us to identify specialized nursing interventions that may be effective in promoting mental health of informal caregivers. It was concluded that there is a need to continue research on this theme, in order to develop and dependent intervention programs with informal caregivers. **KEYWORDS:** Nursing mental health, informal caregiver, dependent person.